

Année 1892

THÈSE

N°

119

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 mars 1892, à 1 heure.

Par ACHILLE COUVREUR

Né à Seclin (Nord), le 4 août 1863.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien moniteur à la clinique d'accouchement de la Faculté

Lauréat de l'Assistance publique.

DE L'ADÉNOPATHIE CERVICALE TUBERCULEUSE

CONSIDÉRÉE SURTOUT DANS SES RAPPORTS

AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. BROUARDEL, professeur

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur

NETTER

GILBERT

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

119

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 mars 1892, à 1 heure.

Par ACHILLE COUVREUR

Né à Seclin (Nord), le 4 août 1868.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien moniteur à la clinique d'accouchement de la Faculté

Lauréat de l'Assistance publique.

DE L'ADÉNOPATHIE CERVICALE TUBERCULEUSE

CONSIDÉRÉE SURTOUT DANS SES RAPPORTS

AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. BROUARDEL, professeur

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur

NETTER

GILBERT

} *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	vauz anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTNER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE L'ADÉNOPATHIE CERVICALE TUBERCULEUSE

CONSIDÉRÉE SURTOUT DANS SES RAPPORTS

AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

PRÉFACE

L'étude de l'adénopathie cervicale tuberculeuse offre un puissant intérêt, comme tout ce qui fait partie du domaine de la tuberculose. Les remarquables découvertes qui ont été faites sur la pathogénie de cette affection, les consciencieuses recherches auxquelles se livrent les savants de nos jours pour en éclairer l'histoire, les travaux difficiles et parfois ingrats de nos maîtres ont déjà fait résoudre brillamment quelques-uns d'entre les problèmes qui paraissent autrefois devoir rester insolubles, parce que la science ne possédait pas les moyens d'investigation qu'elle a maintenant. Mais combien de questions restent encore indécises ! Combien de points obscurs dans cette maladie dont les manifestations varient à l'infini !

Nous serons heureux, pour notre part, d'avoir faiblement contribué à éclaircir par de modestes recherches l'un de ces points obscurs. La scrofule du cou considérée dans

ses rapports avec la tuberculose pulmonaire a été peu étudiée, les auteurs ne parlant que des rapports généraux de la scrofule et de la tuberculose. Cependant quelques remarquables travaux ont facilité notre besogne, et il convient de citer en première ligne la thèse de M. Sanchez Toledo sur les rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pulmonaire.

Si ce travail peut avoir quelque utilité, nous en reportons toute la gloire sur nos maîtres, sur notre père d'abord qui nous donna les premières et les meilleures leçons, puis sur MM. les professeurs Follet et Wannebroucq de la Faculté de Lille. Notre service dans les hôpitaux de Paris nous mit en relation avec des savants bienveillants et bons ; M. le docteur Perrier à Lariboisière nous enseigna les règles sévères de l'antisepsie chirurgicale ; M. le professeur Potain nous apprit l'art délicat de la médecine, et nous donna pendant tout le temps passé auprès de lui l'exemple de la conscience et de l'honneur médical ; M. le professeur Proust nous fit comprendre le rôle important de l'hygiène et nous n'oublierons jamais les excellentes leçons cliniques de M. le professeur Fournier dont nous avons été l'externe. M. le professeur Tarnier nous initia en ces derniers temps aux pratiques parfois difficiles de l'accouchement et voulut bien nous choisir comme moniteur dans son service ; nous lui en adressons nos sincères remerciements, ainsi qu'à nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. les docteurs Ch. Nélaton, Netter, H. Martin, Barié, Josias.

M. le docteur Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de

médecine, médecin des hôpitaux, nous a guidé de ses conseils savants dans notre travail ; nous le prions d'accepter l'expression de notre reconnaissance et de notre vive sympathie.

M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, chez lequel nous avons passé un an d'externat, nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous profitons de cette circonstance pour lui exprimer d'une façon toute particulière notre profonde et respectueuse affection.

Nous adressons aussi un souvenir à la mémoire de notre parrain le docteur Cazin, de Bercq-sur-Mer, près duquel nous passâmes trois mois à étudier les lésions scrofuleuses et tuberculeuses des enfants.

Enfin, nous remercions nos amis MM. Page, Goupil, Appert et Ferrier de leur gracieux concours.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552010_0046

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA TUBERCULOSE.

Les célèbres découvertes de Villemin sur la contagion de la tuberculose, et de Koch, à la suite des travaux de Pasteur, sur le moyen de cette contagion, ont éclairé d'un jour puissant l'histoire de cette maladie, qui entre pour un tiers dans la statistique des mortalités. Tandis qu'autrefois on faisait de la tuberculose une diathèse, c'est-à-dire une maladie héréditaire le plus souvent, existant en principe dans notre corps, l'on ne peut plus maintenant se refuser à admettre qu'indépendamment des prédispositions individuelles, du terrain plus ou moins propice à l'évolution de la maladie, dans bon nombre des cas, l'affection éclate sans que l'on puisse incriminer l'hérédité ni le terrain favorable. Il faut alors aller chercher la cause dans le milieu ambiant, dans les substances absorbées, dans le contact.

Il nous semble donc intéressant de jeter un rapide coup d'œil sur les portes d'entrée de la tuberculose, puis sur ses moyens de propagation dans l'organisme. Cette étude, sans nous écarter du sujet que nous nous sommes proposé d'étudier, nous permettra d'établir quels rapports de cause à effet existent entre l'adénopathie cervicale tuberculeuse et la tuberculose pulmonaire, et réciproquement.

Doit-on tout d'abord admettre une tuberculose héréditaire et quelle valeur accorder aux partisans de la théorie qui nie l'hérédité, et qui n'admet que la transmission des parents à leurs enfants, d'une sorte de prédisposition à contracter la maladie ? Ce sujet est encore bien discuté, et l'histoire de cette étiologie n'offre rien de précis. Quelques auteurs, avec Conheim, Verneuil, Verchère nient l'hérédité et ne croient qu'à une prédisposition. Il leur semble invraisemblable que le germe puisse sommeiller pendant de si nombreuses années, en attendant une occasion favorable pour se développer, car l'on observe très peu de tuberculose chez les enfants en bas âge. Mais, indépendamment de ce fait que l'histoire du bacille, de sa reproduction, de ses modifications est encore un peu obscure, n'est-il pas dans la pathologie un exemple frappant que des germes peuvent rester longtemps inactifs, pour se réveiller tout-à-coup, la plupart du temps sans causes apparentes ? Nous voulons parler des accidents tardifs de la syphilis. Et dans les épidémies, il est incontestable que le principe morbide sommeille longtemps, n'attendant que des conditions favorables à son développement et à sa propagation. C'est l'opinion de M. H. Martin et de Baumgarten, et elle nous semble rationnelle. Du virus tuberculeux injecté à un cobaye qui est pourtant un réactif bien sensible, peut mettre quelquefois plus de deux ans avant de développer des accidents ; qu'y aurait-il dès lors d'étonnant que chez l'homme qui offre bien plus de résistance au développement d'un micro-organisme, le bacille mette plus de temps à évoluer ?

Il existe des faits très nets où Coupland, Parrot, Landouzy ont constaté chez le fœtus des lésions tuberculeuses

indéniables, et les célèbres expériences de Martin et de Landouzy qui ont rendu tuberculeux des cobayes en leur injectant des poumons de fœtus macroscopiquement sains, mais nés d'une mère phthisique, établissent d'une façon péremptoire la transmission directe. M. Sanchez Toledo a contredit ces expériences. D'autre part, on a cité plusieurs cas d'animaux, de vaches notamment, mettant bas des petits tuberculeux ; M. Peters en a rapporté un exemple remarquable. On peut donc admettre une sorte de tuberculose latente, ne demandant souvent, comme dans les arthropathies tuberculeuses, la coxalgie en particulier, qu'un traumatisme, une action extérieure quelconque, pour subir une impulsion qui détermine la maladie.

Nous ne voulons pas nous étendre outre mesure sur cette transmission héréditaire qui ne laisse d'ailleurs plus de doutes que dans l'esprit de très peu de pathologistes. On hésite encore sur le mode de transmission, mais il est très probable qu'elle se fait *ab ovo*, soit par la voie spermatique — l'épithélium des membranes de l'œuf permettant le passage des bacilles — soit par la voie placentaire.

La seconde voie d'entrée que peut suivre le bacille est la voie digestive. Des aliments tuberculeux absorbés, la viande, le lait (Bollinger, Bang, Brouardel) donnent la tuberculose. L'épithélium intestinal laisse passer le bacille, s'il n'a pas été détruit par le suc gastrique ; le bacille est enlevé par les chylifères puis passe de là dans la circulation. La contagion par l'ingestion est indiscutable, quoique les expériences soient difficiles, le tube digestif modifiant les matières que l'on y introduit.

Une troisième porte d'entrée s'offre à la tuberculose par

la voie respiratoire. L'air contient des quantités de particules imperceptibles, de fragments séchés de crachats, de poussières, que l'inspiration introduit sans cesse dans nos poumons. Ces particules peuvent contenir des bacilles ou des spores. Or, que pour une cause quelconque, l'épithélium bronchique perde un peu de son équilibre vital ; ou encore, que des mucosités se soient accumulées aux éperons : le bacille s'y accroche et colonise. Le larynx également offre un endroit propice au développement de la maladie, et les laryngites tuberculeuses primitives ne sont pas rares. M. Hanot en a donné des exemples dans son savant article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. La contagion par l'air a été fort combattue ; mais il suffirait pour convaincre les plus incrédules de citer le résultat que M. Chantemesse obtint en 1885 (*Annales de l'Institut Pasteur*), en inoculant une tuberculose zoogléique à des cobayes après injection d'un liquide qui provenait de ouate sur laquelle on avait fait passer l'air d'une salle de phthisiques. Nous croyons à ce sujet pouvoir exposer un tableau qui montre la propagation du bacille par les produits de sécrétions pathologiques et normales :

Pathologiques	{	1° Par les crachats. Bacilles rares (Villemin, Malassez, Gaffky).
		2° Par les produits de sécrétions muqueuses : vagin, lèvres (Cornil), larynx (Frankel) etc., etc.
		3° Par les produits exsudés des grandes séreuses, plèvres, péritoine, très peu de bacilles (Chaufard, Gombault).
Normales	{	Sédiments de l'urine (Cornil).
		Le lait. Vaches tuberculeuses (Bollinger, Bang, Brouardel).
		La sueur.

D'autres expériences concluantes eurent lieu par la suite, et il n'est pas rare de trouver à l'autopsie d'individus ayant séjourné longtemps à l'hôpital, des lésions de tuberculose évidemment acquise dans les salles de malades. De même, combien de fois ne voit-on pas devenir bacillaires des affections qui ne l'étaient point auparavant, telles, par exemple l'ectasie des bronches, les bronchites chroniques et les manifestations pectorales de la grippe ? En un mot, toutes les causes d'irritation de la muqueuse pulmonaire sont propices à l'évolution de la tuberculose (poussières animales et végétales). D'après les travaux de Tappeiner, Bertheau, Weichselbaum, Véraguth, l'infection que l'on obtient par l'inhalation de crachats ou de bacilles tuberculeux est indépendante de la dose. Preyss établit qu'il suffit d'un millième de milligramme de crachat, contenant environ 40 bacilles, pour rendre le cobaye tuberculeux ; si on triple ou on quadruple la dose, la tuberculose est presque inmanquable. Cet auteur ajoute que les organes les plus atteints et les plus malades sont les ganglions. Nous avons en effet personnellement toujours constaté la présence d'un gros ganglion inguinal dans nos inoculations.

Citons aussi comme moyen d'entrée du bacille la voie génitale. Les faits rapportés par Verneuil, Verchère, Fernet, Brouardel sont absolument convaincants, et surtout la découverte du bacille dans les sécrétions vaginales et utérines (Derville, Thèse Paris 1886) ne laisse plus de doute à ce sujet, et confirme les expériences de H. Martin et Landouzy qui obtinrent 10 résultats positifs sur 16 inoculations de sperme de cobaye tuberculeux. La voie suivie

est celle des lymphatiques le plus fréquemment ; et c'est ainsi que l'on voit des adénites mésentériques et iliaques succéder à la tuberculose génitale, comme au cou les adénites cervicales succèdent à des lésions de l'amygdale.

La peau, lorsqu'elle offre quelque solution de continuité permet aussi à l'infection de se produire ; les piqûres anatomiques, quelques cas de contagion par la vaccine ou à la suite d'affections cutanées, certains catarrhes du conduit auditif externe aboutissant à la carie du rocher en sont la preuve (Brouardel).

Nous avons, dans les lignes précédentes, montré comment le germe de la tuberculose, le bacille de Koch, peut pénétrer dans notre organisme. Voyons maintenant qu'elles sont les voies de diffusion. Weigert les a divisées en quatre catégories :

- 1° Par la toux, l'aspiration, la déglutition. Mais ce ne sont là, en somme, que d'autres portes d'entrée dont nous ne nous occuperons pas ;
- 2° Par contact direct, un foyer tuberculeux transmettant par simple action de contiguité l'infection à son voisinage ;
- 3° Par les vaisseaux lymphatiques ;
- 4° Par les vaisseaux sanguins.

Nous négligerons de parler de la transmission par les vaisseaux sanguins pour nous occuper exclusivement du transport par contact direct et par les vaisseaux lymphatiques, ces deux modes de transport ayant seuls de l'intérêt dans le cas présent.

1° DIFFUSION PAR CONTACT DIRECT.

Le bacille se cultive sur place, infecte peu à peu les tissus sains d'alentour, se colonise dans ceux-ci, puis rayonne à nouveau en s'étendant de plus en plus. La rapidité de ce développement est très variable ; il dépend de l'âge, l'affection marchant plus rapidement chez l'enfant que chez l'adulte ; il dépend aussi des conditions extérieures de la vie, de la résistance plus ou moins grande du sujet etc. etc... ce qui fait dire à Weigert : « le virus tuberculeux trouve un terrain favorable ; les masses de tissu conjonctif de nouvelle formation n'ont pas le temps de s'organiser ; elles subissent bientôt la régression caséuse et ne forment aucun obstacle à la diffusion, et c'est pour cela que chez l'enfant les tubercules sont en général plus volumineux. Les microbes — ajoute Weigert — franchissent difficilement certains tissus, de telle sorte que la propagation se fait irrégulièrement, tels sont les tuniques élastiques, surtout celles des gros vaisseaux, et la capsule des ganglions lymphatiques ».

Il ne faut point considérer comme trop absolue cette dernière opinion en ce qui concerne la coque des ganglions lymphatiques ; souvent un ganglion malade infecte directement un ganglion sain qui est dans son voisinage. MM. Cornil et Babes l'ont prouvé en rencontrant, dans l'adénopathie tuberculeuse des bacilles en voie d'infection, c'est-à-dire dans la capsule épaissie du ganglion. C'est donc dans ce cas par simple contact que se fait la propagation ; aussi,

il n'y a pas lieu de s'étonner de trouver des foyers de colonies sur la plèvre exactement au niveau du point malade sur le poumon, sans même qu'il y ait un état d'inflammation ayant amené une adhésion entre les tissus. Le même phénomène a été observé du côté du diaphragme avec le péritoine, et du péritoine avec les intestins. Cela permet d'expliquer qu'à la suite de lésions pulmonaires, il se produit à leur niveau une adhérence pleuro-pulmonaire ; le territoire lymphatique des parois thoraciques externes se prend, et il se produit secondairement, et à distance, une adénite tuberculeuse de l'aisselle (Dubar, Duret, Sanchez Toledo). On a expliqué ainsi la contiguïté directe à la mamelle et à l'aisselle ; la même chose peut se produire pour le cou.

2^e DIFFUSION PAR LES LYMPHATIQUES.

La voie lymphatique est la plus fréquentée par le bacille. Villemin établit le premier la chose, et à sa suite marchèrent les expérimentateurs. Depuis longtemps cependant, l'idée de la lymphangite tuberculeuse quoique vague commençait à prendre naissance. Broussais, Bouillaud regardaient le tissu lymphatique comme le siège initial de la tuberculose. Andral, et après lui Carls well, Klebs, étudièrent des trainées moniliformes sillonnant le mésentère et dont l'origine était une ulcération intestinale. L'idée de la tuberculose succédant à une inoculation cutanée ou des muqueuses par suite de piqûres la plupart du temps, ou d'érosions, de crevasses, de petites plaies en un mot, a pris

plus de consistance à la suite des travaux de MM. les professeurs Lannelongue et Verneuil, de Merklen en 1885, puis de Leser, Morel Lavallée, Tuffier, Karg, qui firent l'histoire de la lymphangite tuberculeuse.

D'une façon générale, quand dans l'organisme les tubercules envahissent le système lymphatique, il se forme dans les vaisseaux des nodosités qui obscurcissent la lumière du conduit et finissent par la fermer complètement. La lymphe, n'ayant plus cours, se solidifie et subit la dégénérescence graisseuse. C'est ainsi que le professeur Lépine a observé sur les poumons les réseaux lymphatiques qui circonscrivaient les bases des lobules ayant les mêmes granulations que les chylifères et partant d'un foyer tuberculeux pour se jeter toujours dans un ganglion bronchique caséeux. L'infection se transmet ainsi par la lymphe, par les matières tuberculeuses qu'elle charrie, et comme le ganglion est plus susceptible que le vaisseau, il est pris le premier.

Les expériences maintes fois répétées de Colin à la suite des travaux de Villemin, les inoculations de virus tuberculeux aux animaux permettant de voir nettement des traînées blanches, lymphatiques ayant leur point de départ aux ganglions dans le voisinage desquels l'injection a été faite, enfin les granulations et les petits abcès disséminés le long de ces mêmes traînées, tout cela fait accepter d'emblée la voie lymphatique. Mais l'on ne peut cependant marcher sur les traces de M. Colin qui prétend que la voie lymphatique est la seule voie de transport.

De même que pour la propagation par contiguïté, nous

trouvons ici des variations sensibles dans la rapidité de l'évolution ; et elles dépendent également de l'âge.

L'enfance est une condition favorable à la marche rapide.

Chez les animaux la marche est différente. Arloing établit que chez le cobaye le virus se propage très régulièrement à travers la voie lymphatique. Nous ne saurions mieux faire que citer le texte même par lequel il explique ce mode de propagation.

« Si l'on inocule, dit-il, de la tuberculose à la face interne de la cuisse d'un cobaye dans le tissu conjonctif sous-cutané, du dixième au quinzième jour, les ganglions inguinaux superficiels et profonds correspondants deviennent volumineux et durs ; quelques jours plus tard, les ganglions sous-lombaires du même côté se tuméfient ; la rate se tuberculise ensuite, puis le ganglion rétro-hépatique, enfin les poumons et les ganglions bronchiques. L'infection reste unilatérale jusqu'à la région diaphragmatique ; à partir de ce point, elle se répand presque indistinctement à droite et à gauche et frappe sur les poumons. Généralement, en deux mois, l'infection est complète. Cette marche est si régulière que dans les cas où l'on sacrifie l'animal à des dates variables avant l'époque de l'infection complète, on peut prévoir à l'avance l'étendue des lésions. »

Le lieu d'élection du bacille est parfois bien variable après les inoculations. Il semblerait que ce soit le ganglion correspondant au territoire de la piqûre qui soit pris le premier. On trouve toujours des lésions à la rate, presque toujours des lésions au foie et au péritoine. MM. Hanot et Gilbert ont cité des cas de cirrhose tuberculeuse expérimentale.

Leser rapporte une observation de tuberculose digitale avec abcès froid rétro-mammaire consécutif. Le malade avait contracté une blessure à la peau de la phalangine du pouce droit ; une ulcération se forma quelques mois après, puis un volumineux abcès froid rétro-mammaire. On comprend ainsi la marche de la tuberculose dans le cas présent : inoculation tuberculeuse locale, puis généralisation ultérieure aux ganglions par la voie lymphatique.

Nous pourrions parler longtemps encore sur cet intéressant sujet de la lymphangite tuberculeuse. Mais le but de ce travail étant l'étude du ganglion tuberculeux considéré surtout dans ses rapports avec la tuberculose des poumons, nous allons nous efforcer de montrer comment le bacille peut progresser par la voie des lymphatiques du poumon au ganglion.

On sait que les canaux de la lymphe sont très nombreux autour des lobules et des acini des poumons de l'homme, et leur description peut être calquée sur celle du poumon lui-même. Ces vaisseaux sont péri-bronchiques, péri-lobulaires, péri-acineux et péri-infundibulaires. Autour des vaisseaux et autour des bronches, les lymphatiques prennent l'apparence d'un réseau lacunaire. Tous ces canaux communiquent largement ensemble.

Du foyer tuberculeux où ils sont multipliés, où ils pululent, les bacilles pénètrent dans les lymphatiques. Là, leur action irritante s'exerce sur l'endothélium et un nodule intra-canaliculaire se forme. Un certain nombre de nodules s'échelonnent ainsi sur le trajet des vaisseaux. Ceux-ci deviennent bientôt imperméables ; mais avant leur occlusion complète, l'agent virulent peut pénétrer jus-

qu'au ganglion et y faire naître des lésions spécifiques. Robert Carswell a établi nettement cela pour les lymphatiques partant d'une plaque de Peyer tuberculeuse, et M. Lépine l'a établi pour le poumon. On le voit donc, la matière tuberculeuse se comporte comme le liquide d'injection ; elle suit la voie la plus facile.

Entre le poumon et la plèvre on admet que la tuberculisation se fait par contact ou greffe directe. En effet, on constate souvent en des endroits où il n'y a pas d'adhérence entre la plèvre viscérale et la plèvre pariétale des granulations grises aux mêmes niveaux ; c'est que les bacilles se sont greffés d'une plèvre sur l'autre par voie de contact et que la lésion de la séreuse pulmonaire s'est inoculée spontanément sur la séreuse pariétale. D'ailleurs les adhérences surviennent à la suite de ces greffes.

Que devient le bacille une fois arrivé dans le ganglion ? Il s'y colonise, se développe et le plus fréquemment s'étend considérablement et gagne les autres ganglions, en transformant la chaîne en un chapelet de gros noyaux caséux. Ou bien il reste cantonné dans un seul ganglion dont la périphérie se sclérose, tandis que l'intérieur subit la transformation crétacée. C'est certainement après avoir observé ce mode de transformation que les expérimentateurs eurent l'idée des injections interstitielles. En thèse générale, macroscopiquement, les masses caséuses occupent le plus souvent tout le ganglion. La capsule leur forme alors une enveloppe cellulo-fibreuse plus ou moins distincte ; le ramollissement se produit en un point, puis dans tout le ganglion, et il n'y a plus au bout d'un certain temps qu'une

poche remplie d'un liquide crémeux, purulent qui finit par s'ouvrir à l'extérieur.

Comment, microscopiquement, s'opère dans les ganglions la transformation tuberculeuse ? Nous laissons la parole à M. le professeur Grancher : « Il est généralement admis que ce sont les cellules fixes du réticulum qui subissent la karyokinèse et donnent naissance d'abord à des cellules épithélioïdes, puis à des cellules géantes. Il se forme ainsi des nodules tuberculeux, d'abord dans les follicules de la glande, plus rarement dans les sinus lymphatiques ; puis les vaisseaux sanguins laissent passer des cellules lymphoïdes qui se groupent à la périphérie du ganglion. Ces proliférations sont généralement lentes, et l'invasion par les cellules lymphoïdes est tardive à cause du peu de bacilles qu'ils contiennent ». (Article phthisie, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)

Nous avons retracé à grands traits la façon dont le germe infectieux se propage par la voie lymphatique. On nous demandera pourquoi il ne se produit pas toujours une adénopathie cervicale quand il y a tuberculose pulmonaire ou, réciproquement, pourquoi le bacille de Koch trouvant dans la chaîne trachéo-bronchique et cervicale une voie facile ne se propage pas toujours dans cette direction. La réponse en est facile : il en est de l'adénite cervicale comme de beaucoup d'affections observées en pathologie ; de ce fait que des microbes pullulent en un point contaminé ce n'est pas une raison pour que le système lymphatique soit infecté. Il peut l'être parfois comme dans la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde (abcès ganglionnaires consécutifs à la dothiéntérie), la blennorrhagie (bubon suppuré

de l'aine), mais il ne l'est pas fatalement. Il est vrai qu'à côté de ces maladies nous en citerions d'autres où le système lymphatique se prend toujours comme dans la syphilis et le cancer. Il n'est pas de notre sujet de discuter ces questions ; dans le cas présent voici ce qui se passe probablement : par suite de la présence du bacille, il se produit à l'entrée des lymphatiques un travail d'irritation qui enflamme les conduits et la lumière du canal s'obture. C'est ainsi que l'on explique que l'adénopathie trachéo-bronchique et à sa suite l'adénopathie cervicale ne sont que des complications rares de la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE II

Quelques considérations sur la scrofule.

Nous avons insisté longuement sur la façon dont le germe de la tuberculose entre dans notre organisme, et nous avons essayé de montrer comment il s'y propage. Cette étude offrait pour nous un intérêt puissant, depuis que l'on sait que la scrofule et la tuberculose pulmonaire ne sont que deux manifestations différentes d'une même maladie, d'une même affection parasitaire.

Depuis longtemps l'on avait remarqué que ceux qui avaient au cou des « écrouelles » devenaient facilement phthisiques et avaient souvent dans leurs antécédents héréditaires des parents morts de phthisie. Bayle et Laënnec niaient cette similitude, et l'école Allemande aussi. On convint cependant que la scrofule n'était qu'une forme atténuée de la tuberculose après les remarquables travaux de Virchow, de Schüppel, de Charcot, Lannelongue, Cornil et Grancher qui s'appuyèrent pour soutenir leur théorie sur la présence du follicule tuberculeux dans les ganglions strumeux. Enfin, la célèbre discussion de novembre 1880 à la Société médicale des hôpitaux vint clore le débat et maintenant les savants admettent généralement une même spécificité.

Depuis lors de nombreuses expériences eurent lieu ; les inoculations de pus de ganglions scrofuleux donnèrent la

tuberculose aux cobayes, qui sont pour cette maladie un précieux réactif. Il arrive en effet que le microscope ne révèle pas de bacilles, alors que l'inoculation produit l'affection bacillaire. C'est ce qui nous est arrivé avec le malade du n° 14 de la salle Serres dont nous exposerons l'observation un peu plus loin. Nous communiquâmes la tuberculose aux cobayes, alors que l'examen au microscope n'avait pas révélé la présence de bacilles. Cela tient à plusieurs causes : ou bien les bacilles peuvent avoir disparu et être remplacés par des spores virulentes comme eux, ou bien les bacilles sont tellement rares, surtout quand le processus du développement du ganglion est lent, qu'il est difficile de les trouver.

On se demandait s'il y avait des degrés dans la virulence du bacille de la tuberculose ; on avait remarqué que tandis que l'inoculation du pus de ganglion strumeux rendait toujours tuberculeux le cobaye, au contraire le lapin restait fréquemment indemne, ou du moins que dans le premier cas la maladie se généralisait, tandis qu'il ne se produisait que de légères réactions locales dans le second cas.

Les opinions sont bien différentes : pour M. Nocard, la rareté des bacilles explique suffisamment la chose ; et il s'appuie pour soutenir cette thèse sur les expériences de Koch qui a montré que les lésions scrofuleuses renferment une minime quantité de bacilles ; pour MM. Arloing et Grancher, la faible virulence des lésions tuberculo-scrofuleuses dépend non de la rareté des bacilles mais de leur qualité ; en un mot la scrofule est une tuberculose dont les bacilles sont atténués. Arloing a démontré expérimentale-

ment qu'on peut transformer par l'atténuation du virus tuberculeux infectant lapin et cobaye, en virus scrofuleux n'infectant que le cobaye, résultat qui ne peut s'obtenir par une simple dilution du virus tuberculeux.

Au contraire F. Eva donne en 1887 une relation d'expériences d'inoculations de ganglions strumeux à des cobayes et à des lapins. Chez tous les cobayes, le résultat a été positif et la tuberculose viscérale s'en est suivie ; chez la plupart des lapins, il en a été de même, contrairement aux résultats obtenus par Arloing. Il a également trouvé, en opposition avec les assertions de cet auteur, que la transmission tuberculeuse est aussi active quand on inocule du virus qui a déjà passé par les cobayes. M. Arloing avait en effet, pour la différenciation de la virulence, tiré un argument de la culture du virus scrofuleux chez le cobaye : il avait admis que deux passages successifs dans l'organisme du cobaye ne rendent pas le virus offensif pour le lapin, contrairement aux travaux de Pasteur qui restitue à des microbes atténués leur virulence en les faisant passer une ou deux fois dans un organisme jouissant d'une certaine réceptivité. Il semblerait que le microbe trouve là des conditions nouvelles d'existence qui lui rendent sa vitalité première.

Nous ne saurions être juge en la question. Il nous semble cependant que dans la scrofule le virus est éloigné de sa virulence vraie. Il paraît constituer une variété fixe analogue à ces micro-organismes qui, après avoir vécu pendant plusieurs générations sur une espèce animale, sont incapables désormais de tuer l'espèce qui les avait fournis. De même certaines maladies, autrefois très meurtrières comme

la syphilis, s'atténuent avec le temps. De toute façon, il n'y a qu'une seule espèce de bacille qui peut présenter des variétés, qui peut se modifier et même se transformer d'après les conditions de culture auxquelles elle est soumise. C'est ce que MM. Cadiot, Gilbert et Roger ont conclu de leur intéressante étude sur l'inoculation aux gallinacés de la tuberculose des mammifères.

Nous avons insisté sur cette grande question de la scrofule parce qu'il y a, comme depuis longtemps Laënnec, Broussais, Louis l'ont établi, de fréquentes relations entre la scrofule du cou et la tuberculose pulmonaire. Certains auteurs cependant (Cazin, Quinquaud, Marfan) admettent que les scrofuleux ne deviennent pas tuberculeux ; de sorte qu'il est à se demander s'il n'existe pas deux sortes de scrofules, l'une prédisposant à la tuberculose pulmonaire, l'autre, au contraire, agissant comme un vaccin et faisant que les scrofuleux guéris deviennent rarement tuberculeux ; M. Marfan a défendu cette dernière idée. C'est ce que la clinique nous révèle souvent. On peut donc supposer qu'il existe certains produits provenant de la culture du bacille qui se répandent par diffusion dans l'organisme et qui sont ou des substances prédisposantes à l'évolution du bacille de Koch, ou des substances vaccinales.

Des expériences analogues ont été tentées à l'égard du staphylocoque, et M. Courmont a trouvé que certains produits de la culture de ce microbe inoculé à des lapins, rendaient ces lapins 16 fois plus sensibles à l'action du staphylocoque que d'autres lapins témoins.

CHAPITRE III

Anatomie.

La région cervicale présente différentes régions aponévrotiques sur lesquelles nous croyons inutile d'insister. Néanmoins avant de faire l'étude clinique de l'adénopathie, nous allons donner une division des ganglions du cou d'après leurs rapports anatomiques.

En 1872, M. Bergeron, dans sa thèse pour le concours d'agrégation de chirurgie divisait ainsi les ganglions du cou en trois régions :

- | | | |
|-----------------------|---|----------------------------|
| 1° Région médiane | { | sus-hyoïdienne. |
| | { | sous-hyoïdienne. |
| 2° Régions latérales | { | sterno-mastoïdienne ou |
| | { | carotidienne. |
| | { | sus-claviculaire. |
| 3° Région postérieure | | unique ou nuque, ou encore |
| sous-occipitale. | | |

Les ganglions ainsi répartis sont ou superficiels, ou profonds. Nous allons les passer en revue.

Région sus-hyoïdienne. — Autour de la glande sous-maxillaire se trouvent des ganglions lymphatiques, les ganglions sous-maxillaires. Ils sont soit sous-cutanés, soit profonds. Parfois on en trouve qui s'écartent de la glande, jusque vers la ligne médiane, derrière la symphyse du menton.

Région sous-hyoïdienne. — Les ganglions y sont rares et petits. Mais ils sont en rapport direct avec la chaîne bronchique qui dans nombre de cas, comme l'a établi M. Richet, remonte jusqu'au-devant de la membrane crico-thyroïdienne.

Région sterno-mastoïdienne ou carotidienne. — Il y a deux divisions à faire. Les uns de ces ganglions sont situés directement sous le muscle peaucier, par conséquent en dehors de ces aponévroses ; les autres sont sur la face externe du sterno-mastoïdien, sur les bords, en dehors de sa gaine. D'autres enfin se trouvent à l'entour de la veine jugulaire où ils forment un chapelet.

Au niveau de la parotide, à l'extérieur et à l'intérieur de cette glande, d'autres ganglions nombreux et moins volumineux.

Région sus-claviculaire. — Il y existe deux couches de ganglions qui sont séparés en bas, par l'aponévrose moyenne, et communiquent largement au-dessus du muscle omo-hyoïdien avec les ganglions des régions sterno-mastoïdienne, sus et sous-hyoïdienne, et occipitale. On peut suivre, dans le creux de l'aisselle, la chaîne profonde qui enveloppe le plexus nerveux et l'artère.

Région cervicale postérieure. — Sous l'occipital, se trouvent cinq à six ganglions de forme lenticulaire, les uns superficiels reposent sur le muscle occipital ; les autres, plus bas, sont situés sous l'attache de ce muscle. Deux autres ganglions sont appliqués immédiatement contre la colonne vertébrale, dont ils sont séparés par le grand droit antérieur de la tête.

D'ailleurs ces ganglions se prennent rarement.

CHAPITRE IV.

Étude clinique.

Le cou peut être envahi en entier par les masses adéno-pathiques, mais elles commencent la plupart du temps dans certains endroits où, avant de s'étendre et de se réunir, elles restent stationnaires pendant parfois fort longtemps.

Les sièges principaux du début sont en rapport avec les divers groupes de ganglions déjà décrits en anatomie, c'est-à-dire :

- Groupes : 1. Parotidien.
- » 2. Sous-maxillaires.
- » 3. Sterno-cléido-mastoïdien.
- » 4. Sus-claviculaire.
- » 5. Sous-occipital.

Ces groupes sont distincts ou réunis entre eux sous forme de chapelet ; la circonférence peut en être libre : le plus souvent la tumeur est fixée par sa partie profonde et offre ainsi de réelles difficultés pour le diagnostic.

C'est ordinairement à l'angle de la mâchoire ou au niveau de la glande sous-maxillaire que l'engorgement commence. Il est rare qu'il n'y ait qu'un seul ganglion ; il y en a presque toujours plusieurs qui peuvent acquérir des dimensions considérables. Les ganglions ainsi formés se réunissent en une sorte de chapelet qui s'étend de plus en plus sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, et va rejoind-

dre les ganglions latéraux et sus-claviculaires. Ceux-ci ne sont d'ailleurs pas aussi pris les uns que les autres et ce mode de propagation peut être très lent.

Comme pour les autres tumeurs de cette nature, l'élément douleur fait ordinairement défaut. Le malade ne s'aperçoit souvent de son mal que lorsque la glande a déjà acquis le volume d'une noix ou d'une noisette. La tumeur croît progressivement et peut avoir jusqu'au volume d'une grosse orange. Fréquemment le ganglion n'est pas isolé ; la palpation donne l'idée d'une masse bosselée, dure en certains endroits, notamment à la périphérie, fluctuante au centre. Au début le ganglion malade est mobile sous la peau ; mais par la suite, il se développe un travail irritatif de péri-adénite qui provoque des adhérences avec les tissus voisins. La peau ne change pas de couleur tout d'abord ; puis quand les adhérences se sont produites, elle prend une coloration rouge vineuse qui est caractéristique. Enfin, il peut exister des signes de compression assez nets quand la tumeur est très développée ; le malade éprouve alors des fourmillements, de la douleur et même de l'œdème des membres supérieurs, surtout quand l'adénopathie cervicale est liée à une affection de même nature de la chaîne lymphatique trachéo-bronchique.

Quand la résolution ne se produit pas, la peau au centre de la tumeur s'amincit, se perfore. Il s'en échappe un liquide purulent, d'odeur fétide comme cela se voit chaque fois qu'il se produit de la suppuration au voisinage de la bouche. Ce pus renferme des grumeaux jaunâtres, caséeux, qui se laissent écraser sous le doigt. Tout à l'entour, l'irritation gagne le tissu cellulaire qui suppure à son tour, ce

qui explique la persistance de la suppuration et la longévité des trajets fistuleux. Ceux-ci finissent cependant par guérir, mais il reste toujours une cicatrice chéloïdienne, ou une dépression blanchâtre qui est un signe ineffaçable de la maladie, et donne à l'œil observateur du médecin des renseignements sur les antécédents que le malade ne songerait peut-être pas à révéler lui-même.

Il arrive souvent aussi que l'engorgement disparaisse peu à peu, surtout quand l'adhérence avec les tissus voisins ne s'est pas produite. Nous en tirerons plus loin une conséquence pour le traitement, le médecin ne devant pas faire trop tôt la ponction, mais au contraire s'efforcer d'obtenir la résolution par un traitement général intelligemment compris.

Fréquemment l'adénopathie cervicale tuberculeuse est liée à une tuberculose trachéo-bronchique.

Comme il entre dans notre travail de discuter les idées de Parrot, nous allons brièvement remettre en mémoire les symptômes de la phthisie trachéo-bronchique. Ce sont des symptômes de compression sur les poumons, la trachée, les grosses bronches, les nerfs laryngés, pneumogastrique, les vaisseaux, l'œsophage et les parois thoraciques. Il peut se produire, on le voit, des manifestations très variées.

La toux est fréquente, présentant deux types : ou bien sèche, quinteuse, bruyante, coqueluchoïde ; ou bien grêle, voilée, comme chez les emphysémateux. En même temps, Mussy signale une diminution de la sonorité, une élévation de la tonalité et une augmentation de résistance au doigt de chaque côté des apophyses épineuses des premiè-

res vertèbres dorsales d'une part, au niveau du manubrium sternal à droite et à gauche de cet os, et dans la région sterno-claviculaire d'autre part. A l'auscultation on obtient un souffle trachéal assez rude, au niveau des régions sternales et inter-scapulaires ; parfois même ce souffle devient tubaire ou tubo-caverneux au point correspondant à la racine des bronches, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le bruit respiratoire peut devenir très faible ou même nul si la compression sur une bronche est assez forte.

On remarque encore des altérations de la voix dues à la compression des récurrents (voix bitonale) ou des douleurs semblables à celles de l'*augor pectoris*, à la suite de la compression des pneumogastriques. Si le sympathique est touché, on a de l'inégalité des pupilles ; si la veine cave supérieure est comprimée, c'est de l'œdème du cou, des membres supérieurs. Nous n'insisterons pas sur les autres manifestations telles que le cornage, les accès paroxystiques de dyspnée, le tirage sus-sternal qui sont des symptômes classiques.

Telle est l'étude clinique de l'adénopathie cervicale tuberculeuse ; nous allons maintenant étudier cette affection dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. Trois hypothèses se présentent à nous : en premier lieu la tuberculose du cou peut-elle vivre séparément, indépendamment de celle du poumon ? Oui, certainement, et nous exposerons plus loin des observations qui le prouvent. En second lieu, une lésion tuberculeuse existe-t-elle au poumon, la plèvre se prend par suite du mode de propagation que nous avons décrit plus haut, et le virus se répand soit par la voie thoracique externe — l'on connaît les rapports

qui existent entre les ganglions médiastinaux antérieurs et les ganglions sus-claviculaires —, soit par la chaîne trachéo-bronchique et de là aux ganglions du cou. C'est la tuberculose ascendante, celle préconisée par le professeur Parrot et baptisée par lui : « adénopathie similaire », et nous l'étudierons en un second chapitre. Enfin dans une troisième division, nous montrerons comment une lésion tuberculeuse existant au cou, la maladie suit un chemin inverse, par les mêmes routes. C'est la tuberculose descendante étudiée par Weigert, soit que l'on ait affaire à une vieille scrofule, soit au contraire que la marche de l'affection soit aiguë et rapidement fatale.

CHAPITRE V

La tuberculose du cou est indépendante de celle des poumons.

Les disciples de Parrot admettent volontiers que la tuberculose des ganglions bronchiques et cervicaux ne fait que suivre celle des poumons, et en étendant un peu l'idée de leur maître, diraient : le cou, miroir des poumons. Weigert prêche l'idée contraire et enseigne que fréquemment l'affection pulmonaire, au lieu de précéder celle des ganglions, lui succède. Nous reconnaitrons plus loin une part de vérité à chacune de ces idées. Mais, ne peut-on admettre que l'adénopathie cervicale peut vivre indépendamment de la tuberculose pulmonaire, lui être collatérale, parallèle en quelque sorte, subissant comme elle des modifications dues aux variations de l'existence, sans que pour cela il y ait entre les deux affections une relation aussi directe que le prétendent Parrot et Weigert ? Cela nous semble possible.

En effet, parmi les auteurs qui depuis Leblond, Andral, Rilliet et Barthez, Bouchut, etc... ont étudié les manifestations de la tuberculose sur les chaînes ganglionnaires trachéo-bronchique et cervicale, beaucoup ont cru qu'elles pouvaient apparaître isolément. Et quoique la lésion ganglionnaire coïncidât souvent avec la phthisie, ils étaient tentés de considérer les lésions ganglionnaires et pulmonaires comme des altérations analogues, ou mieux, comme des

manifestations parallèles, mais indépendantes d'un même état général, la scrofule. A côté de la phthisie pulmonaire, ils décrivaient une phthisie bronchique distincte de la tuberculose pulmonaire et pensaient avec Laënnec que : « la matière caséuse se trouve souvent seule dans les glandes bronchiques et quelquefois dans des cas où il n'y a ni tubercules dans les poumons, ni signes d'une affection grave de ces organes ». Cette idée d'indépendance dans l'origine et l'évolution des lésions n'est donc pas neuve. On pourrait y ajouter plusieurs arguments. Disons en premier lieu qu'il nous a été donné assez souvent d'observer dans l'organisme des lésions tuberculeuses existant indépendantes, nettement séparées les unes des autres et par leur évolution, et par leur mode de terminaison, pour que l'on puisse admettre l'indépendance de l'adénopathie cervicale et de la phthisie pulmonaire. Faut-il, lorsque l'on constate chez un malade à la fois une tumeur blanche à la main, par exemple, et du ramollissement aux poumons, faut-il invariablement faire succéder l'une de ces deux affections à l'autre, ou bien, penser que ce ne sont que deux manifestations séparées d'une même maladie ? Nous croyons pouvoir nous ranger à cette dernière opinion, et, dès lors, il n'est pas de raisons pour que ce qui se passe entre la main et le poumon, ne puisse se passer entre le poumon et le cou. Cette indépendance, qu'il serait plus difficile d'accorder à la chaîne trachéo-bronchique, devient possible pour les ganglions cervicaux.

D'autre part ne semble-t-il pas que si toujours la lésion ganglionnaire reflétait la lésion pulmonaire, le processus devrait être le même, et l'état du ganglion s'aggraver quand

s'aggraverait l'état du poumon ? Or, quoi qu'en dise Parrot, il en est rarement ainsi ; souvent même c'est le contraire qui a lieu.

L'on s'explique facilement cette indépendance quand on songe à la façon dont s'obturent les vaisseaux lymphatiques, comment les nodules tuberculeux s'échelonnant sur leur trajet arrivent à les fermer.

Quelle est l'évolution du ganglion ainsi isolé ? Simple hyperémie d'abord, suivie d'une prolifération des éléments constitutifs qui se termine soit par des produits de dégénérescence granulo-graisseuse, tuberculeuse, caséeuse ou crétacée ; soit par prolifération fongueuse ou fonte suppurative, avec coque et caverne ganglionnaire qui donne naissance à des ouvertures pouvant rester longtemps fistuleuses et d'où s'échappe un liquide séro-purulent contenant de rares bacilles de Koch et d'autres streptocoques de la suppuration. Lorsque ce travail de nécrobiose a produit la destruction du ganglion, la fistule se tarit et l'ouverture laisse une cicatrice violacée, puis blanche et indélébile.

D'ailleurs macroscopiquement, ils ne présentent pas de signes particuliers ; ils existent soit disséminés, soit associés, disposés selon les séries données précédemment. Leur évolution est en général assez lente ; ou bien c'est la lésion pleuro-pulmonaire qui prédomine ; ou bien c'est la lésion cervicale, et le malade ne soupçonne même pas son affection pulmonaire. Dans ce cas, c'est au médecin à éclairer le diagnostic ; et il ne faut jamais négliger d'aller chercher ce qui se passe aux poumons quand on constate une adénopathie tuberculeuse du cou.

Le plus fréquemment, c'est chez l'adulte que les deux

lésions se manifestent simultanément; il est rare de les rencontrer chez l'enfant, et dans un séjour que nous fîmes à l'hôpital maritime de Berck où sont envoyés les petits tuberculeux de Paris, toujours nous constatons ou de la tuberculose pulmonaire seule, ou, plus souvent, de l'adénopathie cervicale seule, presque jamais les deux à la fois, puisque nous n'avons pu relever qu'une seule observation que nous allons exposer à l'instant (obs. n° II).

OBSERVATION I (personnelle). — Recueillie dans le service
de M. GILBERT, remplaçant M. AUDHOU.

Le nommé G... François, âgé de 55 ans, sellier, métier fatigant au dire du malade, entre, au mois d'octobre 1891, au n° 5 de la salle Serres.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie tuberculeuse; mère morte d'un cancer au sein. Trois frères morts au berceau; un frère aîné mort à 45 ans de la variole.

Antécédents personnels. — A 9 ans, tuberculose du pied. Le malade raconte avoir reçu un pavé sur le pied droit qui s'est mis à gonfler, à suppurer pendant un an. Les chirurgiens furent forcés d'enlever les deux premiers orteils et le premier métatarsien.

A 17 ans, engorgements ganglionnaires du cou au niveau des régions parotidiennes et sterno-cléido-mastoïdiennes des deux côtés et de la région sous-maxillaire. Ces ganglions sont traités par des sétons et ont suppuré 7 à 8 mois, puis se sont refermés. Le malade a éprouvé de très bons effets d'un traitement général à base d'huile de foie de morue. Il ne reste actuellement de cicatrice très nette que sous le menton.

A cette époque aucune trace de tuberculose pulmonaire.

Depuis lors le malade vécut en bonne santé, sauf une petite variole à 26 ans, supportant des travaux assez rudes sans rien éprouver, sans tousser. Pas d'étylisme.

L'année dernière à la même époque, bronchite, hémoptysie sans causes apparentes. La bronchite se continue, l'état général devient mauvais, les jambes enflent. Au même moment, des deux côtés du

cou et dans la région sous-maxillaire, c'est-à-dire par conséquent aux mêmes régions que pendant sa jeunesse, puis au creux sus-claviculaire, les ganglions s'engorgent et suppurent pendant quelques mois. Puis ils se referment, laissant une cicatrice croûteuse d'un rouge violacé. Un peu plus tard, dans la région sterno-mastoïdienne gauche il en naquit un autre, gros environ comme une noix, qui suppure encore maintenant.

Examen du malade :

Poumons. Sommet droit. — Percussion douloureuse. Matité en arrière. Submatité en avant dans le creux sus-claviculaire.

A la palpation, vibrations exagérées en avant et en arrière.

Auscultation. — En arrière : râles sous-crépitants à bulles moyennes.

Dans tout le reste du poumon droit, râles sibilants et ronflants.

Sommet gauche. — Percussion : submatité en avant et en arrière.

Rien d'anormal à la palpation.

Auscultation. — En arrière : affaiblissement du murmure vésiculaire. En avant, rien.

Respiration supplémentaire dans tout le reste du poumon gauche avec quelques râles muqueux.

Expectoration. — Crachats numulaires peu nombreux.

Rien aux urines. Rien au cœur. Foie normal. Rate normale.

Etat des ganglions. — Des deux côtés du cou, dans les régions sterno-mastoïdiennes et sous-maxillaires, traces blanches de cicatrices anciennes, et cicatrices chéloïdiennes plus récentes, de même au creux sus-claviculaire droit. A gauche, dans la région sterno-mastoïdienne, masse indurée, rouge, qui suppure par un trajet fistuleux.

Aucune trace d'adénopathie trachéo-bronchique, la toux est sèche, quinteuse, mais n'est pas coqueluchoïde ; aucuns symptômes de compression, pas de souffle trachéal, pas de matité de long de la chaîne ganglionnaire trachéo-bronchique.

On le voit, d'après cette observation, tout porte à croire que les deux tuberculoses, cervicale et pulmonaire, ont évolué séparément. Alors que pendant la jeunesse, de premières manifestations cervicales n'avaient eu aucun reten-

tissement sur le poumon, c'est plus tard, à 55 ans, que sous des conditions de vie probablement défectueuses, la tuberculose s'est éveillée à ses lieux d'élection, au cou et à la poitrine. De plus, nous insistons sur ce fait que les lésions cervicales semblent aller en raison inverse de celles du poumon. Tandis que la phthisie va miner le tissu pulmonaire, celui des ganglions se cicatrise et se ferme.

OBSERVATION II (personnelle). — Recueillie dans le service de M. le Dr CAZIN à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

Le nommé M... Louis, âgé de quatre ans, entre à l'hôpital au mois de juillet 1890 pour un mal sous-occipital.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Les renseignements sont difficiles à obtenir, à cause de l'éloignement de la famille. Le père, au dire de la sœur du service, paraît assez mal portant.

Antécédents personnels. — L'enfant semble avoir été bien soigné dans une famille aisée, mais on ne sait rien de ce qui s'est passé avant l'entrée dans le service.

Indépendamment de son mal sous-occipital cet enfant présente à la première phalange du médius gauche un spina-ventosa non ouvert. De plus il commence à tousser légèrement, et l'on remarque au cou, au niveau de la carotide, quelques engorgements ganglionnaires auxquels on ne prête pas attention.

Cependant, au mois d'août, il est mis à l'infirmérie pour tuberculose pulmonaire. Il y est pris de coqueluche franche et passe à l'isolement. L'état des poumons s'aggrave. Le mal sous-occipital reste stationnaire quoique très douloureux pendant les quintes de toux.

Au mois de novembre il sort de l'isolement guéri de sa coqueluche : il y rentre en décembre pour rougeole. A cette époque se déclarent un spina-ventosa du 1^{er} métacarpien gauche et un autre des 2^e et 3^e métacarpiens droits.

La rougeole passée le petit malade est transporté à l'infirmérie en janvier dans le service de chirurgie pour ses spina-ventosa qui suppurent. On comptait l'opérer, mais l'état de ses poumons empêche l'opération.

Les ganglions cervicaux augmentent de volume. On en constate de gros, durs, non douloureux de chaque côté des sterno-cléido-mastoidiens. Il existe aussi d'autres ganglions sous-maxillaires : leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite noisette. Quelques ganglions occipitaux, mais peu développés.

En février 1894, il rentre une troisième fois à l'isolement, pour la scarlatine. Dès lors, la tuberculose pulmonaire fait de très grands progrès. La cachexie commence. Une otorrhée double se déclare ; les oreilles coulent abondamment.

Actuellement (septembre 94) l'enfant est dans un état de cachexie très avancée ; tous les muscles sont considérablement atrophiés, ceux des membres en particulier. Les membres ressemblent à de véritables baguettes. Le mal sous-occipital est à peu près stationnaire, il n'y a pas de paralysies, ni abcès par congestion.

A la percussion : en avant la matité est complète à gauche ; à droite elle existe dans le creux sus-claviculaire.

En arrière matité complète à gauche du sommet à la base. Sub-matité à droite dans la fosse sous-épineuse ; matité dans la fosse sus-épineuse.

A l'auscultation. — *Côté gauche :* en avant respiration très faible, superficielle ; craquements. En arrière souffle et râles sous-crépitaux au sommet ; respiration très obscure, râles muqueux dans la fosse sous-épineuse et à la base.

Côté droit. — En avant respiration exagérée ; en arrière respiration soufflante au sommet.

En somme, presque partout infiltration caséuse.

État des ganglions. — Au cou les ganglions carotidiens et sous-maxillaires sont entièrement infiltrés et forment d'énormes masses qui tranchent par leur volume sur la face émaciée. Tous les ganglions semblent pris sans qu'aucun paraisse l'être plus spécialement que les autres : ce sont des masses informes.

Les spina-ventosa sont ulcérés et coulent beaucoup.

Cette observation offre un grand intérêt. Elle démontre que chez cet enfant absolument envahi par la tuberculose, l'adénopathie cervicale a évolué d'un côté, comme évoluaient les spina-ventosa, le mal sous-occipital, l'otor-

rhée double, sans relation directe avec la tuberculose des poumons. Ce qui prédominait, c'était le mal sous-occipital ; les autres lésions sont survenues par la suite presque en même temps, la force vitale n'étant probablement plus suffisante pour que le malade puisse résister plus longtemps.

Nous avons sous les yeux une autre observation recueillie dans le service de M. Hanot, à St-Antoine, dans laquelle nous voyons naître simultanément chez un jeune scrofuleux de l'adénopathie cervicale, de la tuberculose pulmonaire et des ganglions du poignet ; mais nous nous dispensons de la transcrire, parce que d'abord nous ne l'avons point prise nous-même, et surtout parce que les ganglions du cou ne jouent qu'un rôle tout à fait effacé, ayant été été extirpés dès le début.

Néanmoins, nous croyons d'après les deux observations précédentes, pouvoir affirmer que la tuberculose peut exister collatéralement au cou et aux poumons sans que ces deux manifestations dépendent l'une de l'autre. Ce sont d'ailleurs les cas les plus rares.

CHAPITRE VI

La tuberculose du cou succède à celle des poumons.

Depuis longtemps Laënnec avait relaté des observations de tubercules ganglionnaires tantôt accompagnés de dégénérescence semblable du poumon, tantôt coexistant simplement avec les lésions de la pneumonie ou de la pleuropneumonie. Andral, dans sa clinique médicale, compare la rareté de la phthisie ganglionnaire chez l'adulte à sa fréquence chez l'enfant, et dit qu'il n'est pas rare, avant la puberté, de trouver l'affection tuberculeuse beaucoup plus considérable dans les ganglions bronchiques que dans le tissu pulmonaire. Il appelle l'attention sur ces adénopathies énormes accompagnées seulement de quelques petits tubercules dans le poumon.

On le voit donc, l'idée d'une tuberculose ganglionnaire succédant à celle des poumons était déjà éveillée quand Parrot et ses élèves vinrent soutenir que toujours, quand il y avait une adénopathie de la chaîne trachéo-bronchique et cervicale, le poumon était malade et qu'en général la lésion des ganglions devait être rattachée à une altération primordiale des organes dont ils reçoivent la lymphe. Cette thèse avait déjà été soutenue dans la monographie du docteur Baréty.

Parrot admet que : « non seulement la présence dans un ganglion d'un tubercule à un degré quelconque d'évo-

lution, permet d'affirmer qu'un processus semblable a évolué dans un département correspondant du poumon, et qu'on doit en trouver la trace, mais encore qu'il n'y a pas de modification congestive ou inflammatoire, pas de changement d'aspect, de coloration ou de consistance du tissu de la glande qui n'ait son analogue dans le poumon ». Cet état morbide du ganglion, traduction d'un état tout semblable du poumon est l'*adénopathie similaire*.

M. Baréty relate que Parrot, qui dans ses autopsies ne manque jamais de rechercher l'état des ganglions avant d'ouvrir le poumon, a pu prédire avec une grande précision le degré d'altération pulmonaire ; et non seulement le degré, mais encore sa nature. C'est ainsi que lorsqu'on ouvrait un ganglion *post mortem*, et que l'on y découvrait la tuberculose sous l'une de ses trois formes : granulation, caséification ou calcification, l'étiquette de la tuberculose dans le poumon était la même, similaire granuleuse, caséeuse ou calcifiée.

Quelques notes d'autopsie dans l'ouvrage de M. Hervouet (thèse, Paris 1877) confirment cette théorie. Cependant Parrot avoue que les lésions ganglionnaires peuvent ne pas correspondre en augmentation avec celles du poumon, se ralentir, se limiter en un espace circonscrit, ou augmenter rapidement pendant que les lésions pulmonaires restent stationnaires ; de même un très petit chancre peut donner naissance à un bubon énorme ; de même un cancer très étendu du foie peut avoir succédé à un champignon cancéreux du rectum relativement petit.

On fit observer aux partisans de cette doctrine que souvent l'adénopathie existe sans que l'on puisse constater de

lésions pulmonaires appréciables. Hervouet répondit que le peu d'étendue de la lésion primitive fait qu'on la laisse passer inaperçue, et que lorsqu'on fait un examen attentif des poumons et de la plèvre, on arrive toujours à découvrir que cet état morbide est la traduction d'un état similaire du poumon.

Certes, l'on ne peut se refuser à croire que souvent la lésion pulmonaire est primitive, et dans ce cas, considérer les ganglions et le système lymphatique comme « une expansion des organes eux-mêmes », selon l'heureuse expression de M. le professeur Potain (art. Lymph. *Dict. encycl.*)

Nous avons montré plus haut comment une adhérence peut se produire entre le poumon et la plèvre, qui permette la greffe du bacille ; nous avons dit aussi que cette greffe peut se produire même sans adhérence ; puis, que la chaîne ganglionnaire s'infecte, il n'y a là rien que de très naturel. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; le ganglion peut lui-même arrêter le processus en présentant un obstacle. Deux raisons principales sont à opposer à la doctrine de Parrot : 1° le développement des voies collatérales dans la circulation lymphatique ne permet pas d'affirmer que le poison tuberculeux vient d'un endroit plutôt que d'un autre, si ce n'est quand, dans le cas qui nous intéresse, l'on a tout d'abord constaté des lésions pulmonaires et que l'on a vu ensuite naître la tuberculose dans les ganglions, ce qui permet alors d'affirmer l'origine pulmonaire. Quant à dire que les lésions viscérales sont parfois si minimes que l'oreille humaine ne les peut reconnaître, c'est une façon habile d'expliquer la question en se reposant sur des impossibilités matérielles d'étude. Certes, à l'autopsie on trouve

souvent chez les scrofuleux des noyaux tuberculeux aux poumons, mais ils ne semblent pas s'être propagés vers les ganglions médiastinaux ; ils paraissent au contraire cantonnés ; souvent ils ont subi la transformation crétacée. Et puis, combien de fois ne trouve-t-on pas ces mêmes noyaux tuberculeux chez des individus qui n'ont pas d'adénopathies ?

2° Un second argument contre les idées de Parrot consiste dans les rapports de contiguïté des ganglions engorgés qui permettent aux autres ganglions de s'infecter sans que les organes dont ils dérivent soient malades. Nous avons plus haut assez insisté sur ces rapports de contiguïté, sur le contact direct, pour ne pas avoir à y revenir.

Disons enfin que les ganglions du cou peuvent s'infecter secondairement sans cependant que la lésion pulmonaire soit la cause directe de l'infection. Nous allons nous expliquer en analysant en substance une présentation de M. Caryophilis à la Société anatomique de 1889, sur un cas de tuberculose à début pulmonaire, avec propagation au pharynx, aux amygdales, au larynx, aux ganglions carotidiens et sus-claviculaires.

La malade dont M. Caryophilis a présenté les pièces à la Société anatomique, était dans le service de M. le Dr Gombault à l'hospice d'Ivry.

Agée de 75 ans, elle se porta relativement bien jusqu'au 1^{er} février 1889 ; elle toussait auparavant de temps en temps, et surtout la nuit. Vers cette époque, elle a été prise d'un point de côté au-dessous de l'aisselle gauche, et d'une toux quinteuse et pénible, puis d'une hémoptysie abondante et d'une fièvre intense.

• Le jour de son entrée à l'infirmerie, le 18 février, on a constaté à la base du poumon gauche de la matité et des râles sous-crépitants s'entendant à la fin de l'inspiration, et pendant l'expiration. Les crachats étaient teintés de sang, la toux et la fièvre persistaient.

Le 23 mars, les mêmes symptômes sont observés, atténués. La respiration est rude aux sommets.

En avril, des vomissements apparaissent qui durent tout le mois ; en même temps de la diarrhée.

En mai, on constate de la matité à la fosse sus-épineuse droite, et à la fosse sous-claviculaire du même côté, respiration saccadée, affaiblissement du murmure vésiculaire. Toux très abondante. Les ganglions sus-claviculaires et carotidiens des deux côtés sont volumineux et douloureux à la pression. OEdème du pilier postérieur gauche du voile du palais. On trouve des bacilles de Koch dans les crachats.

Le 15 juin la dysphagie et la dysphonie augmentent de plus en plus. Grande difficulté pour la déglutition des liquides. La voix est complètement éteinte. Les piliers des deux côtés et la luette sont œdématiés ; leurs vaisseaux aussi bien que ceux de la base de la langue, sont injectés. Dans les fosses sous-claviculaires et sus-épineuses des deux côtés, gros râles. La cachexie fait des progrès rapides ; une diarrhée persistante se déclare, et la malade meurt le 4 juillet.

A l'autopsie faite 24 heures après la mort, on trouve : au sommet du poumon droit une très grande excavation occupant tout le lobe supérieur, et remplie d'une matière brunâtre et sanieuse, d'odeur repoussante ; la paroi de l'excavation ne présente point cette couche blanchâtre pyo-

gène des anciennes cavernes : au contraire, la paroi est molle et diffuente. Au sommet du poumon gauche, des tubercules en assez grand nombre, et une petite caverne.

Le voile du palais et la luette sont épaissis, œdématiés, couverts de mamelons rosés, translucides et par place exulcérés. Les amygdales sont converties en cavernes remplies d'une matière putrilagineuse et à fond bourgeonnant. L'épiglotte est couverte d'ulcérations.

Les ganglions carotidiens de chaque côté sont volumineux, durs, et forment une sorte de chapelet longeant la trachée. A la section on ne trouve pas de foyer de caséification à leur intérieur.

Dans cette curieuse observation, le larynx, le pharynx et le tube gastro-intestinal sont pris secondairement par déglutition des crachats vraisemblablement. Mais l'infection des ganglions d'où vient-elle? Probablement du larynx.

Pour revenir aux idées de Parrot, nous allons exposer les observations qui montrent une tuberculose du cou succédant à celle des poumons.

OBSERVATION III. — (Empruntée à la thèse du docteur BARÉTY).

La nommée Favre Maria, née le 1^{er} mars 1858, âgée de 11 ans entre à l'infirmerie des Enfants trouvés, le 10 avril 1869, service de M. le docteur Parrot.

Antécédents de famille. — Son père est mort phthisique.

A son entrée (10 avril), poulx à 128.

Hier, grand mal de tête, douleur au côté gauche du thorax, au-dessous du sein. A vomi hier et pendant la nuit (matières bilieuses).

Langue blanche, sèche ; soif. Rien aux poumons.

Au côté gauche (angle externe de la mâchoire), ganglion gros, mais mou ; depuis trois ans, elle s'est aperçue de cette grosseur.

Sa sœur, plus jeune qu'elle, porte dans la fosse sus-claviculaire gauche un ganglion du volume d'une bille, mobile, indolent.

Température rectale 41°. Cataplasme au côté gauche ; tartre stibié, 0 gr. 02 ; ipéca 0 gr. 50 ; sirop de capillaire, 15 grammes.

12 avril. — Le vomitif a amené une évacuation abondante. Depuis, plus de vomissements, 112 pulsations. Souffle expiratoire, surtout quand elle tousse, au niveau du bord antérieur de l'aisselle. 1/2 loch blanc.

Le 14, 128 pulsations. Julep ; teinture de digitale, 6 gouttes ; kermès 0 gr. 015.

Souffle expiratoire dans la fosse sus-épineuse gauche. Le 15, souffle continu à gauche en arrière, 90 pulsations.

Le 16, 108 pulsations ; le souffle est perçu à la partie antérieure et gauche, quelques râles aux deux temps en arrière.

Le 17, 120 pulsations. Le 18, 136 pulsations, souffle caverneux à gauche en arrière.

Le 19, 128 pulsations. Respiration caverneuse, gargouillements à gauche en arrière. Café, 150 grammes. Sulfate de quininé, 0 gr. 08.

Le 21, 120 pulsations.

Le 23, 112 pulsations.

Le 26, 104 pulsations. Râles au sommet droit.

Le 27, ulcération profonde au pourtour des grandes lèvres. Le clitoris paraît être complètement détaché. Ulcération gangréneuse au pourtour de l'anus. Chlorate de potasse.

9 mai. — Julep avec 15 grammes de sirop diacode.

Le 10, 116 pulsations.

Le 17, 117 pulsations.

Le 25, les ganglions de la partie postéro-latérale du cou, à droite, sont engorgés et douloureux depuis le 23 mai (3 jours). Ceux de gauche même région depuis 8 jours.

Depuis le 23 mai, le ganglion du volume d'un marron, qui existait depuis trois ans au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche, est devenu douloureux ; depuis le 23 mai aussi, sous le maxillaire à droite et le long du cou du même côté, ganglions engorgés d'un petit volume. A gauche, à côté de l'ancien ganglion, en est apparu un autre assez volumineux depuis 8 jours. Le long du cou, de ce même côté, depuis 8 jours aussi, petits ganglions douloureux.

Un ganglion douloureux dans l'aisselle droite. En palpant dans les deux aines, douleur, quelques petits ganglions transversaux.

Genoux douloureux à la pression, douleur dans les creux poplités à la pression, douleur à la pression des mollets.

Pouls 114, dicrote au toucher et au tracé sphymographique.

Respiration 42. Plaques de favus (godets) au front, à gauche. Pâleur jaunâtre, toux fréquente, crachats verts, peu abondants.

La malade tousse depuis deux nuits surtout. Il y a 4 jours, elle est descendue dans le jardin. Il y a 8 jours, elle a craché du sang mêlé aux mucosités.

Au début de sa maladie, elle a saigné du nez cinq ou six fois.

Avant hier, hier et ce matin épistaxis. La malade est très faible. Les veines sous-cutanées sont apparentes, surtout aux mains qui sont très effilées. Maigreur générale.

Rougeur de la pommette gauche de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent. La religieuse a remarqué ce phénomène depuis 3 jours. La malade se couche habituellement sur le côté gauche. Depuis la visite du matin, où la rougeur n'existait pas, elle s'est couchée un moment sur le côté gauche. Il est deux heures et demie.

Exploration de la poitrine. — Sommet gauche en avant : percussion douloureuse, sonorités. Mêmes signes à droite. Il y a 10 jours, bruit de pot fêlé qui n'existe plus aujourd'hui.

Auscultation. — 1° De la voix : retentissement, pectoriloquie ; 2° de la respiration : inspiration et expiration rudes ; l'inspiration est brusque, nette, l'expiration n'est pas prolongée. La toux est retentissante. Pendant la toux, on entend un ou deux râles sibilants. Pas d'autres râles, ni pendant la toux, ni pendant la respiration simple.

Sommet droit. — En avant rien.

Sommet gauche. — Percussion douloureuse en arrière ; sonorité ainsi qu'à droite, mais cette sonorité n'est pas très accusée.

A gauche, cette sonorité moindre, mais existant encore, se prolonge en bas, jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate et le long de la gouttière épinière sur une largeur de deux travers de doigt. Dans l'aisselle gauche, sonorité accusée. Tout le reste à gauche est mat, absolument mat.

La respiration s'entend, quoique faible, dans toutes les parties plus ou moins sonores. Dans ces points, l'inspiration est moins accu-

sée qu'à droite, mais elle n'offre rien de spécial dans son timbre, tandis que l'expiration est soufflante, avec un timbre un peu caverneux, quelquefois amphorique.

La toux n'est retentissante qu'au sommet : pas de râles. Dans les points mats, inspiration ordinaire, mais affaiblie.

Expiration soufflante tubaire très intense. Voix retentissante (paraît œgophonique). Le souffle tubaire expiratoire est surtout intense en remontant le long d'une ligne verticale passant un peu en dehors de la pointe de l'omoplate. Pas de vibrations thoraciques dans les points mats (toujours à gauche).

Percussion de ce même côté douloureuse. La malade préfère se coucher sur le côté droit, et sa joue droite est devenue un peu plus rouge que la gauche. La nuit, elle transpire à la tête, à la figure et au cou. Mange peu, sans beaucoup d'appétit, soif. Rien au cœur.

26 mai. — La religieuse nous dit que la malade se couche sur le côté droit et que même alors sa joue gauche rougit.

Le 28 ne prend plus rien, pouls 107.

Le 12 juillet, œdème de la face.

1^{er} août. — Vers les derniers jours de juillet (23), elle a eu un érysipèle de la face, prononcé surtout à droite. Peu de rougeur, teinte rosée, œdème, sensibilité très vive. Cet érysipèle a disparu peu à peu. Les ganglions sous-maxillaires avaient été d'abord très douloureux.

Ce matin, il nous a semblé devoir admettre la présence d'un peu de liquide à la base du poumon gauche. En haut, en arrière à gauche, expiration soufflante prolongée.

La percussion n'est douloureuse nulle part. Pas de râles, un peu de frottement sur le côté gauche. Les ganglions sous-maxillaires diminuent de volume.

Le 2, depuis quelque temps facies albuminurique. Très léger nuage dans l'urine traitée par la chaleur. Les ganglions cervicaux sont douloureux et très gros à droite. Pouls 124. Un peu de matité à droite, en arrière.

Le 6, le ganglion de l'angle de la mâchoire est abcédé. Une petite incision avec une lancette en fait sortir du pus assez clair, séreux.

Le 9, mort à midi.

Autopsie. — Le 18 août 1869, à 11 heures du matin, faite et rédigée par M. Parrot.

Cavité thoracique. — Poumons : adhérences générales surtout à gauche. On peut enlever l'organe, sans y laisser une portion de son lobe inférieur.

Poumon gauche. — Le lobe supérieur paraît sain dans toute son étendue ; à peine deux ou trois petits noyaux de la grosseur d'un grain de chènevis. Le lobe inférieur est comprimé par de fausses membranes épaisses, mais son tissu est souple et ne contient pas de matière tuberculeuse.

On trouve à la racine des bronches, de ce côté, d'énormes ganglions, constitués par une matière grise jaunâtre, marbrée de noir, de consistance presque cartilagineuse, dont quelques-uns présentent à leur centre de petites masses plus friables, plus blanches, plus opaques, de consistance plâtreuse, même crétacée. Les bronches sont très rouges. A la partie postérieure de la grosse bronche gauche, immédiatement sous la bifurcation de la trachée, on trouve une partie gangrénée. A ce niveau, les parois de l'œsophage ramollies et amincies, mais sans perforation véritable, ainsi qu'on l'avait cru au premier abord. Il a été facile de s'assurer, par l'étude des deux perforations, qu'elles avaient été produites *post mortem*, pendant les manœuvres de l'autopsie.

La partie gangrénée constitue un foyer capable de loger un petit œuf de poule, à parois inégales, rempli en partie de matières gangréneuses, situé dans le médiastin postérieur, limité en avant par la trachée et les bronches, la racine du poumon droit, le péricarde ; en arrière par l'œsophage et l'aorte.

L'aorte est intacte.

La bronche droite a paru communiquer à un premier examen avec le foyer, par un orifice situé immédiatement au-dessous de l'éperon, mais un examen plus attentif de la pièce a prouvé que cette ouverture était artificielle.

Le foyer gangréneux paraît dû à la gangrène du gros ganglion que l'on trouve habituellement au-dessous de la bifurcation de la trachée, et qui, ici, manque complètement.

Au sommet du poumon droit, au niveau des adhérences on trouve de nombreux amas de tubercules jaunes, et dans le parenchyme lui-même des noyaux enchâssés dans un tissu très sain d'ailleurs, comme le reste du poumon.

Rien dans le lobe supérieur. Larynx sain. Le péricarde est rempli

de sérosité louche. A la base du cœur, on trouve des concrétions molles le long des vaisseaux. Pas d'altérations de l'endocarde, pas plus que de la fibre charnue.

Cavité crânienne. — L'encéphale est décoloré.

Rien à noter d'ailleurs.

Cavité abdominale. — Ascite.

Reins. — Anémiés. Quelques granulations grises.

Rate. — Quelques rares noyaux dans le parenchyme.

Foie. — Couleur cuir neuf, il présente un certain nombre de plaques, traces d'adhérences avec le diaphragme, et des granulations grises au centre.

Dans le hile du foie, on trouve des ganglions constitués par une matière jaune, friable, avec des points caséux au centre.

Il n'y a pas de tubercules dans l'intérieur de l'organe. Poids, 1155.

Vessie, ovaires, trompes. — Rien de spécial.

Autour du pancréas (queue) on trouve un énorme paquet ganglionnaire, ainsi qu'autour de la veine porte qui est très dilatée, et paraît comprimée par ces ganglions, d'où probablement l'ascite.

Les ganglions mésentériques présentent les mêmes lésions, surtout au niveau de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau, la muqueuse intestinale est parfaitement saine, de même au-dessus.

L'intestin est sain dans toute son étendue. On trouve dans le mésentère des granulations grises.

Les ganglions du cou, de l'aisselle, présentent les mêmes altérations ; ceux de l'aîne sont sains.

Nous avons reproduit en entier cette longue observation, parce qu'elle vient d'un élève du professeur Parrot et qu'elle est bien dans les idées du maître. Nous pourrions en citer bien d'autres ; il n'y aurait qu'à puiser dans la thèse de M. Baréty, ou dans les travaux d'Hervouët. Nous allons nous contenter de soumettre deux observations personnelles qui sont tout aussi probantes.

OBSERVATION IV (personnelle). — Recueillie dans le service de
M. GILBERT, remplaçant M. ANDHOÏ à la Pitié.

Le nommé R... Pierre, âgé de 43 ans, garçon de cuisine, entre le 16 juillet 1891 au n° 14 de la salle Serres, pour une adénopathie cervicale liée à une tuberculose pulmonaire.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort en huit jours d'hémorrhagies abondantes par la bouche et par le nez — probablement des hémoptysies — sa mère est morte d'un cancer.

Une de ses sœurs est morte, enfant, de méningite.

Antécédents personnels. — Sa femme est morte de péritonite aiguë, suite de couches.

Sur six enfants qu'il a eus, cinq sont morts jeunes (pas de renseignements). Il reste une fille bien portante.

A 6 ans, le malade a eu la rougeole.

A 8 ans la scarlatine, à 10 ans une pneumonie. Jeunesse souffreteuse ; gourmes.

Au service militaire, en 1869, douleurs de rhumatisme articulaire avec purpura et œdème. Ce rhumatisme dure deux mois sans complications au cœur.

Trois ans après, rechute de rhumatisme qui dure un mois.

En 1882, il y a 9 ans environ, pleurésie gauche qui dure 6 semaines. Application de vésicatoires.

En 1888, il y a 4 ans, une hémoptysie, et à sa suite une bronchite qui est traitée et guérie à la Charité.

Cependant le malade retousse depuis deux ans ; sa vie est fatigante : il travaille en moyenne 16 à 17 heures par jour. Il est nourri suffisamment par la maison qui l'emploie, mais il a peu d'appétit. Il boit environ deux litres de vin et un verre d'eau-de-vie par jour ; il n'offre pas d'étylisme.

Ni syphilis, ni blennorrhagies.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il remarqua l'apparition d'une tuméfaction dure à la partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien droit, du volume d'une noisette environ. Cette tumeur a grossi rapidement pendant 3 semaines, puis est restée stationnaire. Actuellement elle est à peu près grosse comme deux fois une noix. Elle était indolore, mobile d'abord, puis fixe.

EXAMEN DU MALADE. — *Appareil respiratoire* (17 juillet).

Larynx. — Léger enrouement.

Poumon droit. — Sous la clavicule droite submatité ; abolition du murmure vésiculaire, râles sous-crépitants, secs et humides, sur l'étendue d'un travers de main.

Plus bas murmure vésiculaire diminué ; respiration rude ; râles sous-crépitants secs et légers frottements.

En arrière, fosse sus-épineuse : diminution des vibrations thoraciques, submatité ; râles sous-crépitants secs et humides, quelques râles sibilants fins.

Fosse sous-épineuse, murmure vésiculaire très intense, complémentaire.

Poumon gauche. — En avant exagération du murmure vésiculaire (respiration complémentaire).

En arrière, rien d'anormal.

Toux peu fréquente ; expectoration peu abondante de crachats numullaires.

Le malade a maigri beaucoup, dix livres environ depuis le mois de janvier. Ongle hippocratique.

Cependant l'appétit est bon, pas de sueurs nocturnes, pas de vomissements, pas de diarrhée.

Rien au cœur, ni dans le système vasculaire.

Rien aux urines.

Examen de l'adénopathie. — Au niveau du sterno-mastôidien droit, à la partie moyenne, nous constatons une tumeur oblongue de haut en bas. Cette tumeur, qui depuis trois semaines a le volume d'une petite orange, reste stationnaire, mais se ramollit en un point central, tout en laissant à la peau son aspect normal, sauf un point saillant au niveau duquel on trouve nettement de la fluctuation. Pas de bourrelet périphérique.

Hauteur de la tumeur, 10 centimètres. Largeur, 6 centimètres.

M. Gilbert décide de faire une ponction, en même temps qu'il ordonne un traitement général fortifiant et de l'huile de foie de morue créosotée. La ponction est faite ; il sort du ganglion environ 100 grammes de pus. Une injection modificatrice d'éther iodoformé est pratiquée, puis on recouvre la plaie d'un pansement collodionné.

Nous recueillons le liquide de la ponction dans des tubes stérilisés, et nous cherchons, sans résultat, les bacilles de Koch. Cet échec n'a rien d'étonnant, car on sait que les bacilles sont excessivement rares dans le pus des ganglions et qu'il faudrait gratter la coque pyogénique pour en trouver manifestement sous le champ du microscope. Un examen que nous fîmes des crachats nous donna un résultat plus satisfaisant, car nous avons trouvé des bacilles en assez grand nombre. Nous avons alors inoculé trois cobayes avec le liquide de la ponction ; deux dans le tissu cellulaire sous-cutané abdominal, le troisième dans le péritoine. Voici les résultats de ces trois inoculations :

1^{er} *Cobaye*. Sacrifié le 24 septembre, c'est-à-dire six à sept semaines après l'inoculation : traces manifestes de tuberculose. Un ganglion inguinal énorme, du volume d'une noisette (ce qui est fréquent dans les injections à l'abdomen).

La rate est farcie de grosses granulations grises ; on en trouve également au foie et aux poumons, surtout aux poumons.

2^e *Cobaye*. Mort spontanément le 20 octobre, très amaigri, ne mangeant plus depuis quelque temps. A l'ouverture du corps nous le trouvons rempli de foyers tuberculeux dans le péritoine, à la rate, au foie, aux poumons.

3^e *Cobaye*. Sacrifié le 23 octobre quoiqu'il parût encore assez bien portant. La rate seule est tuberculeuse. Ce cobaye est probablement un de ceux qui ont été injectés dans la peau, tandis que le second, chez lequel la tuberculose a fait des progrès plus rapides, a dû être injecté dans le péritoine.

Ce 3^e cobaye a aussi des ganglions inguinaux volumineux.

D'après les résultats positifs de l'inoculation il n'y avait pas à douter que le pus provenant de la ponction était tuberculeux.

Le 30 *juillet*. — Réaction légère, augmentation de volume de la tumeur. L'état général du malade est satisfaisant.

Le 6 *août*, on décolle le pansement collodionné, mais la tumeur a repris le volume qu'elle avait auparavant.

Le 1^{er} *septembre*. — L'état du malade est toujours assez satisfaisant. Aucune modification aux poumons. En l'absence de résultats du côté du cou on se décide à faire une nouvelle ponction et une nouvelle inflammation. Même pansement.

7 septembre, lavements avec.....	}	lait	220 gr.
		huile d'olives....	30 gr.
		créosote.....	4 gr.

8. — Le lavement a été bien supporté.

9. — L'abcès ayant toujours le même volume, le pansement tombe, et un liquide épais de couleur chocolat s'échappe par le point de ponction. L'abcès se vide. Pansement à la gaze iodoformée.

15. — Examen du thorax : les signes constatés à la partie antérieure et droite de la poitrine se sont étendus jusqu'à la partie inférieure du poumon.

En arrière, on constate de plus des râles sous-crépitants dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse droite.

25. — Les râles sous-crépitants sont moins nombreux. Le malade a augmenté de 1 kilogramme du 14 au 21. L'abcès ganglionnaire est beaucoup moins volumineux.

Hauteur : 6 centimètres.

Largeur : 4 centimètres.

Il est toujours fluctuant.

28. — On cesse les lavements créosotés.

16 *novembre*. — L'état général est bon. L'appétit est toujours bien conservé.

A l'examen du poumon, le murmure vésiculaire s'entend très faiblement en avant et dans la fosse sus-épineuse du côté droit. Il n'y

a plus que quelques râles sous-crépitaux, non constants, dans ces deux régions.

L'abcès est entièrement guéri. La peau est un peu adhérente et déprimée au niveau de la ponction.

Le malade quitte l'hôpital le 3 décembre sur sa demande.

OBSERVATION V (personnelle). — Recueillie dans le service de
M. le professeur PETERS à Necker.

La nommée L... Victorine, âgée de 34 ans, couturière, entre le 27 novembre 1891 au lit n° 25 de la salle Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier. Sa mère est morte à 28 ans de suites de couches. Son père a 68 ans et est bien portant. Une de ses sœurs est morte également de suite de couches. Ses autres frères et sœurs se portent bien.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures, sauf une fièvre muqueuse à 23 ans. Règlée à 16 ans, normalement. Pas d'enfants ni de fausses couches.

Au mois de juin dernier métrorrhagie abondante pour laquelle elle va se faire soigner à Cochin. Des injections d'eau chaude arrêtent ses pertes en quelques jours, et elle quitte Cochin complètement guérie après 15 jours passés à l'hôpital.

Mais depuis lors, et surtout depuis le commencement de juillet, elle perd ses forces, maigrit et se met à tousser. La toux est sèche ; cependant, l'appétit reste bon, les digestions faciles. Peu de crachats, pas de diarrhée, pas de sueurs nocturnes.

Au commencement d'août 1891, il y a trois mois, la toux devient quinteuse, fréquente surtout la nuit ; le sommeil est troublé, l'appétit se perd, et après chaque repas les quintes de toux surviennent plus violentes et sont suivies de vomissements alimentaires.

La voix se trouble, elle devient enrouée, éteinte par périodes, pour reprendre ensuite son timbre. Légères douleurs d'angor.

En même temps elle remarque l'apparition, au niveau de la région sous-maxillaire droite, d'une tumeur grosse comme une noisette d'abord, puis comme une noix, qui se ramollit et se met à suppurer. Cette suppuration dure un mois environ, puis se tarit et le ganglion se ferme en laissant une cicatrice rouge violacée.

Son état général empirant, la malade se décide à entrer à l'hôpi-

tal. Mais elle n'y fait qu'un court séjour, de sorte que nous n'avons pu nous livrer sur elle qu'à un seul examen.

État de la malade le 30 novembre. — Face bouffie, légèrement œdématiée. Corps très amaigri. Ongle hippocratique, signe de la corde. Voix enrouée, éteinte, bitonale.

Quinte de toux coqueluchoïde pénibles, en tout temps ; parfois des accès de dyspnée paroxystique. Perte complète de l'appétit et du sommeil qui est sans cesse troublé par la toux. Sueurs nocturnes abondantes. Expectoration numulaire.

Examen de la poitrine. — *Poumon droit.* — A la percussion, submatité en avant ; en arrière matité de la région inter-scapulaire et de la fosse sus-épineuse. — Abolition des vibrations thoraciques. — A l'auscultation : en avant respiration très rude et soufflante sous la clavicule droite, vers le sternum. Ce pourrait être un souffle trachéal ; on l'entend également en arrière, mais moins distinctement.

En arrière, au sommet signes de caverne. En bas, râles sibilants et ronflants.

Poumon gauche. — A la percussion submatité en avant ; en arrière matité complète dans toute l'étendue du poumon.

A l'auscultation en avant respiration rude, expiration prolongée ; en arrière, craquements humides en haut, respiration complémentaire et râles sibilants et ronflants en bas.

Examen du cou. — Au niveau de la région sous-maxillaire droite un reste d'adénopathie et d'abcès récemment fermé. Le ganglion est encore induré, profondément attaché, fixe.

A la région carotidienne du côté droit, autre engorgement ganglionnaire naissant, indolore, formé de plusieurs ganglions qui ne sont pas encore réunis et forment ensemble une masse bosselée assez dure.

Rien au cœur, rien dans les urines.

Foie et rate normales.

La malade quitte le service le lendemain sur sa demande.

Il n'est pas à douter que, dans le cas présent, l'adénopathie trachéo-bronchique n'ait précédé celle du cou.

Les quelques symptômes de compression que manifest-

tait la malade ont apparu bien avant l'engorgement ganglionnaire cervical.

Ces symptômes étaient les suivants : altérations de la voix (compression des récurrents) ; douleurs d'angor (compression des pneumogastriques) ; bouffissure de la face (compression de la veine cave). Il n'y avait pas d'inégalité des pupilles.

Il est à remarquer que l'état des ganglions ne suivait pas du tout les phases des transformations qui se passaient dans les poumons, puisque c'est au moment où la tuberculose pulmonaire fait de rapides progrès que l'on voit le travail irritatif du ganglion sous-maxillaire s'atténuer.

Jusqu'à maintenant, nous avons vu la maladie progresser lentement. Elle peut prendre parfois un caractère aigu, évoluer en quelques mois, comme nous allons le voir dans l'observation qui suit.

OBSERVATION VI (empruntée à LOUIS).

Une jeune fille de 19 ans, douée de beaucoup d'intelligence et de mémoire, née de parents sains, d'une constitution peu forte, d'un tempérament lymphatique et sanguin, rarement enrhumée, vint à l'hôpital de la Charité le 1^{er} octobre 1822, étant alors malade depuis sept mois. Sa maladie avait débuté par des frissons, de la dyspnée, la perte de l'appétit, la soif et une douleur pulsative à l'épigastre. Les frissons étaient revenus tous les jours pendant cinq mois sans interruption, puis plus ou moins irrégulièrement.

La douleur épigastrique avait été continue, à très peu de chose près ; l'anorexie plus ou moins complète, la soif plus ou moins vive ; il n'y avait eu ni nausées, ni vomissements ; la dyspnée avait fait de continuels progrès, la toux et les crachats s'y étaient joints dans les *trois dernières semaines*, seulement, et 12 jours avant son entrée à l'hôpital, la malade avait éprouvé une légère hémoptysie.

Ses règles, supprimées deux mois avant le début, ne s'étaient pas rétablies depuis ; et à chaque période menstruelle, elle avait des maux de tête beaucoup plus forts que d'ordinaire à la même époque. Les selles n'avaient pas cessé d'être régulières, et l'amaigrissement avait commencé avec les premiers symptômes.

Le 4^{er} octobre. — Intégrité de l'intelligence, point de céphalalgie, respiration médiocrement accélérée, toux rare, crachats déchiquetés, percussion sonore dans toute l'étendue de la poitrine, pectoriloquie imparfaite entre les épaules, nulle douleur thoracique ; pouls accéléré, à 100 pulsations par minute ; appétit médiocre, soif peu considérable, langue un peu rouge, *glandes cervicales développées, douloureuses* ; tumeur à l'ombilic, légèrement inclinée à droite, presque indolente, de la grosseur d'une pomme ordinaire ; nulle douleur à l'épigastre ; constipation (15 sangsues à la vulve, potion gommeuse, tisane pectorale, trois soupes).

Les jours suivants, l'appétit augmenta beaucoup, et quelques filets de sang unis aux crachats engagèrent à une nouvelle application de sangsues.

Le 10, la malade accusait de vives douleurs sous l'aisselle droite, où l'on découvrait un gros paquet de glandes ; elle avait de la tendance au sommeil, le visage rouge et animé.

Du 20 au 25, céphalalgie intense, visage plus rouge encore que de coutume, bouffées de chaleur à la face plus fréquentes et plus incommodes que les jours précédents.

Le 25, 12 sangsues appliquées à la vulve ne procurèrent aucun soulagement ; la toux et les crachats n'avaient pas sensiblement changé, la pectoriloquie était manifeste entre les épaules, la respiration trachéale sous les clavicules ; la tumeur de l'abdomen paraissait avoir pris plus de volume.

Le 4 novembre. — La malade eut des selles liquides pour la première fois, et des sueurs nocturnes, établies depuis trois jours, continuaient. La tumeur de l'abdomen était douloureuse. (Saignée de 250 gr.).

Dès lors, jusqu'au 26 décembre, jour de la mort, la figure fut d'un rouge foncé et finit par être bleuâtre ; il y eut parfois beaucoup de tendance au sommeil, parfois aussi de l'insomnie, et presque constamment des maux de tête. La faiblesse fit des progrès rapides et la malade ne quitta plus le lit.

Les crachats, quelquefois un peu visqueux et aérés devinrent ternes et souillés de sang 24 heures avant la mort ; la dyspnée augmenta très rapidement.

Le 1^{er} décembre, la malade se plaignit d'une ardeur incommode tout le long de la trachée, artère, et cette sensation se renouvela dans la suite très fréquemment.

Les frissons, qui étaient venus presque journellement depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, continuèrent ; les sueurs l'inondaient pour ainsi dire dès qu'elle sommeillait, et on essaya vainement de les combattre au moyen de l'acétate de plomb administré à des doses successivement croissantes.

La diarrhée persista quelquefois, accompagnée de coliques plus ou moins fortes ; l'anorexie fut complète à partir du 1^{er} décembre, mais il n'y eut ni nausées, ni vomissements, ni douleurs bien évidentes à l'épigastre. La soif devint très vive dans les derniers jours, et le 23, la langue qui était blanchâtre ou un peu rouge depuis quelque temps devint cramoisie, et se couvrit d'un grand nombre de petits points blancs, opaques, presque miliaires.

Dès le début de la diarrhée, la malade fut mise à l'eau de riz édulcorée avec le sirop de coing ; elle prit un peu de sirop diacode pendant ses insomnies, et presque sans succès. Sa nourriture consista en quelques crèmes de riz, et parfois elle ne prenait qu'un peu de bouillon.

Ouverture du cadavre 33 heures après la mort. État extérieur : Quelques vergetures, dernier degré du marasme.

Tête. — A la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau, l'arachnoïde adhérait à la dure-mère, dans le voisinage de la faux, dans un point correspondant à une tumeur inégale, développée près de la superficie du cerveau, de la grosseur d'une noisette de moyenne dimension, jaune verdâtre, ferme, d'un coup d'œil mat véritablement tuberculeuse, non enkystée ; et autour de cette tumeur, la substance cérébrale était saine. Dans le même hémisphère, entre la surface supérieure du cerveau et le ventricule latéral, il y avait cinq tubercules pareils. Du côté gauche, on en comptait quatre, et l'un d'eux se trouvait à la partie postérieure et inférieure de la couche optique. On voyait encore à la base du lobe occipital du même côté une plaque de tissu cérébral de 8 millimètres d'épaisseur et de 12 centimètres de surface, convertie en matière tuberculeuse.

Cou. — Les glandes cervicales étaient très volumineuses, entièrement transformées en matière tuberculeuse non ramollie ; le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel ; la membrane muqueuse de la trachée-artère très rouge.

Poitrine. — Gros paquet de glandes lymphatiques tuberculeuses sous l'aisselle droite, du volume d'un œuf d'oie, non ramollies. Adhérences celluleuses universelles des deux poumons.

Excavation vaste et anfractueuse au sommet du poumon gauche, contenant une petite quantité d'un liquide rouge, traversée par un grand nombre de brides formées de substance grisâtre, tapissée par une fausse membrane semi-cartilagineuse, qui était appliquée sur des tubercules et de la matière grise demi-transparente ; le reste du lobe supérieur presque entièrement transformé en matière grise ou tuberculeuse et en petites excavations, entre lesquelles le parenchyme pulmonaire était d'un rouge foncé. Il y avait des tubercules crus assez nombreux dans le lobe inférieur. Les mêmes lésions existaient, un peu moins étendues, dans le poumon droit, où deux tubercules ramollis faisaient saillie en dehors.

Les bronches étaient d'un rouge vif, communiquaient avec les excavations par plusieurs points. Le cœur était un peu petit mais sain ; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. — Il y avait environ un litre de sérosité claire dans la cavité de l'abdomen.

Le foie était un peu augmenté de volume, offrait douze kystes de 4 à 7 millimètres de diamètre, contenant une matière verdâtre et pulpeuse dont les parois avaient moins d'un millimètre d'épaisseur, étaient grisâtres et peu consistantes.

Le tissu hépatique était d'ailleurs parfaitement sain ; la bile de la vésicule noire et épaisse comme de la mélasse. La membrane muqueuse de l'estomac était rouge, mamelonnée, d'une bonne consistance à sa face antérieure, dans une largeur de 12 centimètres, pâle dans le reste de son étendue, et très molles dans quelques parties du grand cul-de-sac. Il y avait 10 ulcérations de 2 à 3 millimètres de diamètre dans le duodénum. On en voyait aussi un grand nombre des mêmes dimensions, dans toute la longueur de l'intestin grêle, sur les plaques, ou dans leur intervalle.

La membrane muqueuse du gros intestin était rouge dans le colon droit qui offrait deux petites ulcérations superficielles ; pâle ail-

leurs, et partout molle comme du mucus. Les glandes mésentériques étaient volumineuses, rouges et en partie tuberculeuses. La tumeur, sentie à l'ombilic, était placée au-dessus du pancréas, de la grosseur du poing, formée par la réunion d'un assez grand nombre de glandes lymphatiques devenues tuberculeuses, et elle se continuait inférieurement avec les glandes lombaires, qui avaient subi la même transformation. Ni les unes ni les autres n'étaient ramollies. La rate avait un volume convenable, contenait un grand nombre de tubercules arrondis de la grosseur d'un grain de chènevis, ou d'une noisette d'un petit volume. Le reste des viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

CHAPITRE VII

La tuberculose du cou précède celle des poumons.

Nous avons vu la tuberculose *ascendante* ; nous allons examiner la tuberculose *descendante*, commençant par le cou, soit chez les scrofuleux affligés depuis quelque temps d'adénite cervicale, soit chez d'autres individus indemnes chez lesquels une excoriation à la peau, aux muqueuses de la gorge, du palais, des fosses nasales, aura offert une porte d'entrée au poison tuberculeux, qui parcourant alors le chemin le plus facile, s'engage dans la voie lymphatique qui mène aux ganglions du cou, puis de là, aux poumons, par la chaîne des ganglions médiastinaux.

Velpeau avait déjà admis, non pas la succession d'une tuberculose pulmonaire à la suite d'une scrofulose du cou, mais une scrofulose du cou à la suite d'ulcérations, d'excoriations de la bouche, de la face ou du nez. « Les ganglions scrofuleux, dit-il, sont en réalité des maladies locales développées sous l'influence d'une lésion plus ou moins éloignée des tissus, favorisée ou non par une constitution plus ou moins rapprochée du tempérament dit lymphatique ».

En 1836, il avait recueilli mille cas de tumeurs ganglionnaires. Sur ce nombre, il s'en est trouvé 730 où une lésion éloignée, ancienne ou récente, mais appréciable avait précédé l'apparition des tumeurs.

Mais en même temps, il se demande avec raison, si les mêmes causes produiraient chez des sujets différents des effets semblables, autrement dit, s'il n'y a pas, prédisposant à la strume, un vice organique quelconque n'existant que chez certains individus. C'est encore une manière de soulever le grand problème de l'hérédité.

Pour Bazin : « L'engorgement strumeux des ganglions lymphatiques affecte généralement une marche descendante ; il commence par les régions sous-maxillaires et parotidiennes, et de proche en proche, au moyen des vaisseaux efférents, il s'étend aux régions cervicales latérales, puis aux ganglions claviculaires, pré-sternaux, mammaires internes, médiastinaux antérieurs, aux ganglions axillaires, etc... ».

Laënnec pense de la même façon et place le point d'origine de la phthisie très souvent dans les ganglions : « Chez les sujets scrofuleux, et particulièrement chez les enfants, dit-il, l'affection tuberculeuse commence assez souvent dans les glandes mésentériques ou *cervicales*, et les tubercules du poumon, quelquefois peu nombreux, sont le plus souvent évidemment le produit d'une éruption secondaire. Quelquefois même, on ne trouve, dans ces sujets, des tubercules que dans les grosses glandes bronchiques, placées à la racine des poumons : ces divers cas constituent la phthisie scrofuleuse des praticiens et des nosologistes ».

Lugol, dans son traité des maladies scrofuleuses, rapporte l'observation d'un homme qui vécut pendant six ans avec des adénopathies cervicales qui reparaissaient surtout au printemps, et qui finit par mourir de tuberculose pulmonaire.

M. Quinquaud, dans sa thèse d'agrégation, décrit la marche de la phthisie scrofuleuse chez les soldats et les prisonniers. Il établit qu'elle commence souvent par une augmentation de volume des ganglions cervicaux. Il se fait une tuberculisation primitive des ganglions et quelques mois après le malade qui s'était bien porté jusqu'alors, se débilité, pâlit, sent ses forces diminuer et commence à tousser. On ausculte : on trouve une expiration prolongée et des craquements, et le malade succombe à la consommation pulmonaire en un temps variable.

Rilliet et Barthez, Andral et surtout Weigert et Biedert en ces derniers temps admettent presque toujours une adénopathie primitive ; soit trachéo-bronchique et cervicale, soit mésentérique.

L'infection se propage toujours soit par contiguïté, soit par les vaisseaux lymphatiques. Cette dernière voie est la plus fréquentée, et Weigert admet que les bacilles qui la parcourent peuvent passer sans laisser de traces, de sorte que dans une tuberculose pulmonaire consécutive à une adénite cervicale, il n'y a que deux points lésés : la glande et le poumon, tandis que les intermédiaires sont sains. Ce fait se manifeste surtout chez les enfants, dit Weigert ; tandis que chez les adultes, le passage aux ganglions lymphatiques se fait moins facilement, de telle sorte que les vaisseaux sont beaucoup plus lésés, parce que le poison y séjourne plus longtemps.

Arloing a également fait des expériences qui prouvent que l'infection ganglionnaire n'est pas la même chez le cobaye que chez le lapin : « Inocule-t-on, dit-il, le cobaye à la base d'une oreille, le virus marche vers la poitrine en

frappant successivement les ganglions lymphatiques situés sur son trajet. Il n'est donc aucun cobaye inoculé sous la peau qui ne présente une tuberculose ganglionnaire dont la distribution nous permettra de remonter des lésions profondes au point d'introduction du virus dans l'organisme.

« S'agit-il au contraire des lapins; nous n'avons jamais vu sur cet animal de tuberculose ganglionnaire vraie, après l'inoculation de la tuberculose humaine; les lésions se montrent au point d'inoculation, puis sur les poumons ou les plèvres; mais entre elles, c'est-à-dire entre la cuisse et les organes thoraciques par exemple, on ne trouve pas le moindre engorgement lymphatique. Encore faut-il ajouter que les lésions locales sont souvent absentes; lorsqu'on les rencontre, elles consistent en une petite plaque de granulations tuberculeuses. »

Nous avons dit plus haut que l'infection pouvait commencer par la peau ou par les muqueuses correspondant au territoire lymphatique des ganglions du cou. Cela se produit quand quelque solution de continuité offre une porte d'entrée au virus tuberculeux, ou quand quelque lésion tuberculeuse cutanée, quelque ulcération devient le point d'origine. A ce propos, M. le Dr Dodin expose dans sa thèse inaugurale (Paris 1881) une intéressante observation. Un homme entré dans le service du professeur Jacoud présentait depuis quelques mois une vaste ulcération de l'amygdale gauche et du pilier gauche du voile du palais. Les ganglions du cou à gauche s'engorgèrent, puis ceux de droite. On pensa à un épithélioma. Puis les ganglions cervicaux se prirent à leur tour et l'on admit l'hypo-

thèse d'une propagation du cancer aux poumons, quoique cependant l'examen de la poitrine ne révélât aucune ulcération. Le malade succomba en peu de temps sans que l'on pût découvrir dans ses poumons autre chose que quelques râles assez rares et quelques foyers de matité. On fit l'autopsie ; on trouva les ganglions du cou, à gauche surtout, absolument tuberculeux et remplis de matière caséuse. Dans les poumons, on constata quelques granulations tuberculeuses fraîches, et quelques noyaux caséux ; sur la plèvre également.

De cette observation nous tirons deux enseignements ; en premier lieu nous voyons la tuberculose de l'amygdale gagner sous nos yeux le poumon en suivant la chaîne ganglionnaire, ganglion par ganglion, du haut en bas ; en second lieu nous remarquons que la lésion de l'amygdale étant à gauche, les ganglions de la région droite du cou se prennent néanmoins ; ce qui prouve que les vaisseaux qui se rendent d'un territoire organique à un groupe ganglionnaire sont si nombreux, que si quelques-uns sont oblitérés, le courant lymphatique change de voie et passe par un autre groupe où il dépose le virus tuberculeux.

Weigert fait observer avec raison, que lorsque le ganglion malade devient imperméable, ce qui est la règle, il se comporte à l'égard des bacilles de la tuberculose comme à l'égard des particules finement divisées : il ne les laisse pas passer.

Nous allons exposer les quelques observations qui répondent aux idées contenues dans ce chapitre.

OBSERVATION VII (personnelle). — Recueillie dans le service de
M. GILBERT remplaçant M. AUDHOU à la Pitié.

Le nommé B... François, âgé de 50 ans, imprimeur sur étoffes,
entre le 5 novembre 1891 au numéro 47 de la salle Serres.

Antécédents héréditaires. — Son père existe encore ; il est âgé de
88 ans et est atteint d'une dermatose exfoliatrice. Sa mère est morte
à 50 ans d'un asthme. Une de ses sœurs est morte phthisique à 28 ans,
deux frères sont morts en très bas âge.

Antécédents personnels. — Le malade a perdu trois enfants d'au-
tres maladies que la tuberculose. Il lui en reste 5 qui sont bien por-
tants, sauf le dernier qui a des gourmes. Sa femme est bien portante.

Lui personnellement n'a jamais été en bonne santé. Tout petit il
fut affligé de maux d'yeux, de ganglions axillaires des deux côtés
qui ont suppuré. Il lui en reste encore un. Il eut aussi des ganglions
sous-maxillaires dont on peut constater les cicatrices blanches.

De 16 à 26 ans, bonne santé générale sans manifestations tubercu-
leuses. Un érysipèle à la tête.

B... s'est engagé à 19 ans en bonne santé ; il a été réformé à 26 ans
pour une adénopathie cervicale survenue en 15 jours de temps. Le
malade fait observer que ses ganglions ont toujours fait leur appa-
rition très rapidement, au moment où il semblait être bien portant
et sans qu'un surmenage physique ou des privations quelconques
puissent expliquer ces phénomènes.

A cette époque (26 ans) ces ganglions ont duré un an. Ils ont été
ouverts à la pâte de Vienne à l'hôpital St-Louis où B... est resté quel-
ques mois. Ils ont suppuré quelque temps, puis ont fini par dispa-
raître, laissant une cicatrice chéloïdienne que l'on peut constater à
droite et à gauche, aux régions carotidiennes.

Entre temps il se maria ; il travaillait alors dans une raffinerie,
une besogne assez dure. Sa santé générale n'était pas mauvaise ;
mais il était pris de rhumes constants.

A 45 ans (il y a 5 ans), bronchite pendant quelques semaines.

A 47 ans, douleurs constantes de points de côté violents. En même
temps, lumbago traité de plusieurs façons sans grands résultats. Ces
douleurs de lumbago qui remontaient un peu haut, n'étaient-elles
pas dues à de la névralgie intercostale ? Amaigrissement considéra-

ble, toux, crachats, engorgement ganglionnaire du cou. Cet état ne fait qu'empirer ; le malade n'a pas craché de sang.

Il y a six mois, les ganglions cervicaux qui étaient jusqu'alors petits et indolents augmentent rapidement, en 15 jours, et présentent l'aspect qu'ils ont actuellement.

EXAMEN DU MALADE. — *Poumon droit.* — Percussion. — En arrière dans la fosse sus-épineuse, matité. Dans la fosse sous-épineuse et dans le reste du poumon, submatité. — En avant : dans les fosses sus-claviculaire et sous-claviculaire submatité.

A la palpation : Augmentation des vibrations thoraciques.

Auscultation. — En arrière au sommet, diminutions du murmure vésiculaire ; un peu plus bas bouffées de râles crépitants quand on fait tousser. Dans tout le reste du poumon, expiration prolongée et quelques râles sibilants. — En avant : Inspiration rude, expiration diminuée et prolongée.

Poumon gauche. — Percussion. — En arrière : matité complète dans un espace grand comme la paume de la main, au sommet. Plus bas, sonorité exagérée dans tout le reste du poumon. — En avant : Submatité dans les fosses sus et sous-claviculaires. Résistance au doigt.

Auscultation. — En arrière : gargouillement à l'endroit qui correspond à la matité. Tout autour râles cavernuleux. A certains moments souffle tubaire. Œgophonie. Dans le reste du poumon respiration complémentaire et râles muqueux. — En avant : craquements humides, quelques râles sibilants. Expectoration muqueuse et muqueuse.

La chaîne trachéo-bronchique est probablement prise. Quoique l'auscultation ne révèle rien, la percussion donne une matité profonde des deux côtés du manubrium sternal. Pas de souffle trachéal. Pas de symptômes de compression, si ce n'est parfois un peu de bouffissure de la face. Il n'y a rien dans les urines.

État des ganglions. — Gros ganglions douloureux en paquets au niveau du sterno-cléido-mastoidien des deux côtés, du volume d'une mandarine, rouges, fixes, avec un point où nous croyons percevoir de la fluctuation.

Ganglions sous-maxillaires qui ont suppuré il y a une quinzaine de jours, et viennent à peine de s'obturer, laissant une cicatrice

croûteuse. Il est probable qu'ils suppureront encore. Ces ganglions ne sont pas douloureux.

Ganglion dans le creux axillaire droit gros comme une noix, indolore sans tendance manifeste à la caséification.

Autres systèmes. — Système musculaire très faible ; signe de la corde.

Au cœur, léger prolongement du premier bruit à la pointe. Le malade n'a jamais eu de rhumatismes.

Pouls normal. — Système urinaire normal.

Foie : déborde les fausses côtes de deux centimètres environ.

Le 11 novembre aucune modification. Le malade quitte l'hôpital quelques jours après.

Le traitement institué était 1 gramme d'antipyrine, du vin de gâïacol, et de la créosote en capsules.

Le pronostic est fatal, incontestablement. B... succombera à sa tuberculose pulmonaire. L'intérêt de cette observation réside en cette apparition première, lointaine, de l'adénopathie cervicale qui disparaît, semble s'endormir pour reparaitre ensuite, entraînant après elle le cortège des manifestations pulmonaires. La tuberculose est restée latente pendant une période assez longue.

OBSERVATION VIII. — Recueillie dans le service de
M. HANOT, à St-Antoine.

La femme A..., âgée de 28 ans, employée dans un magasin, entre le 10 octobre 1889 au n° 6 de la salle Rostan pour une adénopathie cervicale.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'une maladie de cœur ; sa mère est bien portante ; ses frères et sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels. — Ni gommès, ni blépharite, ni ganglions cervicaux dans l'enfance.

La malade a toujours été pâle et faible. Quand elle était petite, elle prenait du fer et de l'huile de foie de morue. Régulée à 13 ans.

A 10 ans, rougeole. A 13 ans, variole. A 16 ans, scarlatine.

C'est depuis la scarlatine qu'elle se rappelle avoir des ganglions cervicaux, le long du sterno-mastoïdien.

En même temps que sa scarlatine, ses oreilles ont suppuré, et depuis la malade est sujette aux bourdonnements d'oreilles. Un moment même, elle a été sourde.

La malade a toujours été bien réglée. Elle n'a jamais eu de palpitations de cœur. Elle a souffert d'une hypertrophie amygdalienne.

Vers l'âge de 20 ans, crises gastriques, qui ont duré trois mois, pendant lesquelles elle vomissait fréquemment.

Pas de tare nerveuse ; cependant, il y a 7 ans et il y a 2 ans, trouble cérébral momentané qui se manifestait ainsi : il lui semblait que sa tête allait éclater ; ses yeux voyaient les objets comme dans un brouillard. Jamais de crises nerveuses.

Elle est entrée à l'hôpital pour ses ganglions cervicaux, pour une douleur siégeant au niveau du rein droit et pour de l'incontinence nocturne d'urine.

Nous passerons sur ces deux derniers symptômes qui n'ont pas de rapport avec notre sujet, pour insister sur l'adénopathie.

Depuis l'âge de 16 ans, depuis sa scarlatine, les ganglions se seraient accrus lentement. Il y a un an, ils ont rapidement augmenté de volume, en même temps que l'anémie et la maigreur croissaient. Cependant la malade ne s'est affaiblie à aucun moment.

Les ganglions font saillie sous la peau ; ils se suivent le long du bord externe du sterno-mastoïdien : très mobiles, ils sont légèrement douloureux à la pression. Durs, isolés, ils ont à peu près le volume d'une noisette, ou celui d'une noix.

On ne trouve de ganglions hypertrophiés nulle part ailleurs.

L'appétit est très bien conservé. Jamais de vomissements ; mais la malade se plaint d'une constipation opiniâtre que ne peuvent vaincre les lavements. Tous les 15 jours, elle va à la selle après ingestion de médicaments. Sa langue est humide, blanchâtre.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

La malade se plaint de légère céphalalgie ; elle n'a jamais de frissons, ni de sueurs nocturnes ; hier soir la température était de 38°,5.

Elle ne tousse jamais, ni n'expectore.

Etat des poumons. — Percussion : normale, sauf en arrière, à gauche où l'on trouve de la submatité.

Auscultation. — En avant à droite, sous la clavicule, frottements pleuraux.

En arrière, sommet gauche, râles sous-crépitaux.

Rien au cœur.

La malade est pâle, anémique mais sans souffles, dans les vaisseaux du cou, sans palpitations de cœur. Le pouls est très petit. La malade rougit très facilement ; elle porte aux deux jambes quelques traces de purpura.

Le diagnostic est établi par M. Hanot : ganglions cervicaux d'origine tuberculeuse, tuberculose pulmonaire au début.

Traitement. — Granules de dioscoride.

4^{er} novembre. — La malade sort du service à peu près dans le même état.

OBSERVATION IX. — (Recueillie dans le service de M. HANOT, à St-Antoine).

La nommée D... Désirée, âgée de 24 ans, journalière, entre au numéro 13 de la salle Rostan, le 6 septembre 1891 pour des désordres du côté de la poitrine.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 48 ans d'une bronchite probablement tuberculeuse. Elle toussait depuis longtemps. Père mort phthisique à 58 ans. Un frère et une sœur ayant succombé à la même maladie, le premier à 19 ans ; la seconde à 20 ans.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, la malade a eu la gourme, de la conjonctivite dont elle porte encore les traces. Pas de glandes. Coqueluche à 7 ans. Variole à 9 ans. Abscess froid à 8 ans. au sternum. Réglée à 18 ans, très irrégulièrement. Il lui arrivait de rester deux ou trois mois sans avoir ses périodes. Parfois au contraire, ménorrhagies très abondantes. En somme santé assez faible.

Il y a deux ans, séjour à St-Antoine pour des douleurs abdominales.

Il y a 8 mois, apparition de ganglions cervicaux petits et durs sous le sterno-mastoïdien.

Depuis quelques mois, elle éprouve une grande faiblesse générale ; elle maigrit et tousse beaucoup.

Examen de la malade. — Elle entre à l'hôpital pour des douleurs violentes dans le côté et dans le ventre. Fièvre 38°4.

Appareil digestif. — La langue est un peu rosée sur les bords. Depuis un mois, l'appétit est considérablement diminué. Néanmoins pas de vomissements. Renvois acides après les repas. Selles irrégulières et très difficiles.

Appareil cutané. — La peau est humide, recouverte de sueur, assez chaude. La palpation du ventre est douloureuse, surtout dans les flancs.

Appareil génital. — Mal réglée, depuis le mois de juillet; pertes blanches.

Poumons. — Trace d'abcès froid au sternum.

En avant et à gauche.	{	Submatité, résistance au doigt.
		Inspiration rude.
		Expiration diminuée et prolongée.
En avant et à droite.	{	Vibrations thoraciques augmentées.
		Inspiration légèrement saccadée.
En arrière et à gauche.	{	Submatité.
		Inspiration rude et saccadée.
		Vibrations.
En arrière et à droite.	{	Submatité.
		Respiration difficile et saccadée.
	}	Voix à tonalité élevée.

Etat des ganglions. — Les ganglions ne se sont pas sensiblement modifiés depuis leur apparition. On trouve : sous le sterno-mastoïdien un gros ganglion de chaque côté.

Dans la région sous-maxillaire droite, dans la région carotidienne du même côté, pléiade ganglionnaire ; ces ganglions sont petits, assez durs, indolores, nettement distincts les uns des autres.

Cœur normal. — Rien dans les urines.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire au début, consécutive à une adénopathie cervicale tuberculeuse.

Traitement. — Pilules d'iodoforme et de créosote, 0 gr. 05 cent. de chaque. Sirop de tolu, 30 grammes, sirop diacode, 30 grammes.

La malade sort améliorée le 24 septembre.

OBSERVATION X (personnelle). — Recueillie dans le
service de M. RECLUS.

La femme L... Louise, âgée de 28 ans est entrée à l'hôpital pour une tumeur ganglionnaire suppurée de la région cervicale droite.

Au moment où nous l'examinons, elle répond difficilement aux questions qu'on lui pose, tant à cause d'une surdité incomplète qu'à cause d'une sorte d'hébètement, de prostration qu'elle éprouve depuis plusieurs jours.

Nous ne constatons pas de fièvre bien sensible ; l'état général ne semble pas touché ; la malade est forte, bien constituée ; elle n'a pas maigri.

Interrogée sur ses antécédents héréditaires, il est impossible d'obtenir une réponse nette. Cependant, en ce qui la concerne, elle déclare que son cou a commencé à grossir il y a trois ans, et qu'elle n'a pas fait d'autre maladie.

Nous examinons la tumeur cervicale ; elle est ovalaire, à grand diamètre vertical, dure, douloureuse et chaude. Elle mesure 6 à 7 centimètres ; elle est formée de plusieurs ganglions fusionnés et adhérents. A son pourtour, on constate quelques ganglions isolés. Ouverte en un point, elle laisse écouler un liquide horriblement fétide, accompagné de lambeaux grisâtres et de débris caséux. Il n'y a que deux ou trois petits ganglions du côté opposé et aucune trace d'adénopathie dans les aines, ni dans l'aisselle, ni dans les creux poplités.

On fait des lavages antiseptiques dans la tumeur ; on pratique la pulvérisation phéniquée.

Le 17, même état ; la torpeur est toujours très prononcée ; la peau est chaude. A l'auscultation des poumons, quelques râles humides disséminés. Même traitement.

Le 18 au matin, la malade est trouvée morte dans son lit.

L'autopsie révèle des lésions inattendues.

La mort est due à une granulie à forme asphyxique. Le poumon est littéralement criblé de granulations grises ainsi que le foie, la rate, les reins.

Le cerveau présente le long de l'artère sylvienne quelques granulations. Il y a du liquide louche à la base.

Tous ces organes sont remplis de bacilles tuberculeux. Le pus de la tumeur est aussi examiné au point de vue bactériologique. Il contient un grand nombre de microcoques, des filaments et surtout une quantité énorme de bacilles tuberculeux, en colonies. Ces bacilles de Koch sont petits.

Malgré le peu de renseignements acquis sur les antécédents de la malade, on peut conclure de sa bonne santé habituelle, de l'état d'embonpoint où elle était à son arrivée dans le service, que c'est à une infection rapide qu'elle a succombé. Il est logique d'admettre dans ce cas, en raison du grand nombre de bacilles trouvés dans le pli de la tumeur ganglionnaire que celle-ci a été le point de départ de l'infection.

OBSERVATION XI. — (Empruntée à la thèse de M. SANCHEZ TOLEDO).

La nommée J... Jeanne, âgée de 28 ans, exerçant la profession de tapissière, est entrée le 28 février 1887, salle Saint-Anne, n° 25. Enfant unique, son père est mort de congestion cérébrale au cours d'une fluxion de poitrine, sa mère a succombé dans le courant du mois de mars à une maladie de Bright.

Bien portante pendant toute son enfance, elle n'a eu ni impétigo ni accidents strumeux d'aucune sorte.

Réglée à 12 ans irrégulièrement, elle a toujours été nerveuse et sujette à des pertes de connaissance sans convulsions. Elle se souvient avoir toujours été encline à s'enrhumer facilement, toussant à tout propos et crachant souvent quelques filets de sang.

Il y a six mois, obligée de subvenir seule à ses besoins, elle a fait un travail exagéré, travaillant beaucoup dans la journée, veillant tard dans la nuit. Il y a 4 mois ses règles ne vinrent pas au moment voulu ; le flux menstruel se suspendit et n'a pas reparu depuis, mais à chaque époque la malade a eu des épistaxis. Peu de temps après la disparition de ses règles la malade perdit l'appétit, devint constipée et sentit ses forces diminuer de jour en jour.

Il y a trois mois, Jeanne J... éprouva de la gêne dans les mouve-

ments du cou et constata la tuméfaction d'un ganglion situé au tiers supérieur du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Rapidement ce ganglion s'abcéda ; au bout de quinze jours la collection purulente fut ouverte par M. Després à sa partie supérieure ; un drain fut laissé en place ; aucun pansement antiseptique, aucun lavage de la cavité ne furent faits les jours suivants et quinze jours plus tard, au moment de l'entrée de la malade dans le service de M. Potain, le drain était encore en place tel qu'il avait été placé le premier jour. Toute la partie inférieure de la poche était remplie de pus qui ne pouvait s'écouler ; une contre-ouverture fut pratiquée à la partie la plus déclive ; des crayons d'iodoforme furent introduits chaque jour dans la cavité. Rapidement la fièvre, les sueurs nocturnes et la diarrhée dont la malade se plaignait à son entrée, disparurent ; cependant les signes de tuberculose pulmonaire que l'on avait constatés à son entrée et qui persistent encore aujourd'hui n'avaient subi aucune modification. Ajoutons que depuis son entrée dans le service, la malade a été prise il y a trois semaines d'un point de côté dans le flanc droit en même temps qu'elle rendait quelques crachats teintés de sang ; on constata alors tous les signes d'une congestion pleuro-pulmonaire.

Actuellement (fin avril), Jeanne J... est apyrétique ; la toux est peu fréquente ; la respiration est facile ; l'état général est assez satisfaisant ; sous l'influence du repos et d'un régime reconstituant les forces sont en partie revenues ; cependant l'appétit est médiocre, les digestions sont quelquefois difficiles. L'état nerveux, déjà accentué autrefois, est encore plus marqué depuis que la malade a vu succomber sa mère dans le lit voisin du sien. Le cœur et les organes du tube digestif sont normaux. L'examen des poumons fait constater : *sous la clavicule gauche*, diminution de sonorité, avec élévation de tonalité et résistance au doigt ; diminution des vibrations thoraciques ; inspiration rude ; expiration prolongée et légèrement saccadée ; à la toux quelques rares craquements secs. *Sous la clavicule droite*, état sensiblement normal. *Dans la fosse sus-épineuse gauche*, submatité, inspiration rude comme en avant, expiration saccadée ; quelques craquements secs à la toux, un peu plus nombreux qu'en avant. *Dans la fosse sus-épineuse droite*, percussion douloureuse, diminution de sonorité avec résistance au doigt, expiration prolongée légèrement soufflante.

A la base du poumon droit, submatité jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, faiblesse notable du murmure vésiculaire sans frottements ni râles.

Dans le creux sus-claviculaire droit, paquet de trois ganglions du volume d'un œuf de pigeon ; deux d'entre eux sont disposés le long de la clavicule, le troisième est superposé au plus externe des deux premiers et se continue derrière le sterno-mastoïdien avec le tissu induré qui entoure l'orifice inférieur du trajet fistuleux, vestige de l'abcès ganglionnaire. *Dans la région mastoïdienne droite* on ne trouve que le tissu cellulaire induré le long du trajet fistuleux, actuellement presque tari et cicatrisé. *Dans le creux sus-claviculaire gauche*, petite masse ganglionnaire à contours peu nets et du volume d'une grosse noisette. Rien dans la région mastoïdienne correspondante. *Dans l'aisselle droite*, sur la paroi thoracique, chaîne de cinq ou six ganglions du volume de gros haricots, mobiles, durs et non douloureux. *Dans l'aisselle gauche*, deux ganglions du même volume que les précédents, comme eux durs, mobiles et non douloureux, comme eux également situés à la partie supérieure de la paroi thoracique.

Pas de ganglions appréciables dans les régions inguinales. Pas de leucocythémie. Rate normale.

CHAPITRE VIII

Diagnostic.

En général, le diagnostic de l'adénopathie cervicale s'impose. La répartition des ganglions, leur multiplicité, leur disposition en chapelet, leur caractère indolore, dur au commencement, fluctuant plus tard, la coloration topique de la peau qui les entoure, leur mobilité au début, leur adhérence aux tissus profonds par la suite ; tous ces symptômes réunis suffisent à établir nettement le diagnostic. Enfin il n'y a plus d'hésitation possible quand on a eu recours à l'examen bactériologique ; la présence des bacilles de Koch dans les crachats et dans le pus ganglionnaire lève tous les doutes. Cependant, il peut arriver que l'examen ou des crachats ou du pus reste infructueux. Nous voyons en effet, dans l'observation IV, que nous n'avons pas trouvé de microbes dans le pus de la ponction. D'autre part, M. Barié dans une communication faite le 10 juin 1887 à la Société médicale des hôpitaux présente un malade chez lequel des tumeurs multiples cutanées, de la face, du corps thyroïde, du creux sus-claviculaire et même du tronc étaient survenues chez un individu en cours de tuberculose pulmonaire. Ces tumeurs, comme il le fut établi par la suite par l'injection de leur pus à des cobayes, étaient tuberculeuses, quoique l'examen bactériologique des crachats n'eut pas révélé la présence des bacilles.

On le voit donc, le cobaye est un précieux réactif, et dans le doute il sera bon de faire des inoculations.

L'âge du malade, et surtout ses antécédents héréditaires et personnels seront d'un grand appui. Ils permettront de ne pas faire confondre la scrofule du cou avec les accidents syphilitiques tant secondaires — dans ce cas aller rechercher le chancre — que tertiaires et même héréditaires, comme l'a si bien décrit M. le professeur Fournier. Ces accidents sont d'ailleurs justiciables du traitement spécifique et disparaissent rapidement sous son empire.

Le cancer se différencie facilement. Sans nous reposer sur le signe de Béhier (leçon sur le cancer du poumon, *Gazette des hôpitaux*, 1867) qui prétend que dans la tuberculose l'engorgement ne siège jamais dans les ganglions sus-claviculaires ; tandis que dans le cancer ces derniers seuls sont affectés, sans nous reposer sur cette proposition erronée, nous dirons qu'on doit chercher les éléments du diagnostic dans l'âge, dans l'état général et le facies du malade, dans la marche plus rapide du cancer, dans l'expectoration rare, gelée de groseille, dans la dyspnée violente, tenace.

Mais une réelle difficulté s'offre au clinicien pour différencier le lymphadénome et le lymphosarcome de la tuberculose ganglionnaire. Dans le lymphadénome (hyperplasie cellulaire du ganglion), et dans le lymphosarcome (hyperplasie cellulaire du tissu conjonctif), l'âge est ordinairement plus avancé ; la consistance de la tumeur est égale, comme celle d'un parenchyme élastique, résistante, demi-dure, comme le tissu du rein, *sans tendance à la suppuration*, sans adhérence à la peau à moins qu'elle ne soit bridée

par une aponévrose. Dans la tuberculose ganglionnaire, au contraire, la masse est irrégulière, de consistance inégale. De plus il est rare que cette dernière affection persiste sans quelques poussées inflammatoires : le tubercule évolue et tend à s'éliminer et en même temps il devient adhérent.

On peut aussi contrôler le diagnostic par l'examen des organes lymphatiques, rate, amygdale, corps thyroïde. Quand cet examen est négatif, c'est que l'on a probablement affaire à une lésion tuberculeuse. Dans tous les cas il faut rechercher les globules blancs, et si l'on constate de la leucocythémie, le diagnostic s'impose.

CHAPITRE IX

Traitement.

Le traitement de l'adénopathie cervicale tuberculeuse n'offrirait dans ce travail qu'un intérêt relatif, s'il n'y avait à discuter l'effet que peut produire l'ablation des ganglions du cou sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

En 1883, M. le professeur Verneuil déclara à la Société de chirurgie qu'il pouvait être nuisible de supprimer chirurgicalement des foyers de suppuration caséreuse alors qu'il existait des lésions concomitantes de tuberculose viscérale. Il avait remarqué que le grattage des abcès froids, la castration des testicules frappés par la bacilliose, l'amputation des membres tuberculeux chez des phthisiques produisaient une poussée souvent fatale du côté des poumons.

Les idées de M. Verneuil furent combattues par beaucoup de chirurgiens. M. le professeur Trélat, M. Ch. Nélaton dans sa thèse d'agrégation 1883 et beaucoup d'autres encore citèrent des résultats d'amélioration et même de guérison des lésions pulmonaires à la suite des opérations. Pour Rindfleisch, le ganglion caséux est toujours un danger, et peut devenir le point de départ de tuberculose des os, des poumons ; il compare un ganglion caséux à une tumeur maligne qui se généralise à un moment. Pour Hue-ter, il est prudent d'opérer l'ablation d'un ganglion qui est

pour l'organisme une menace perpétuelle de tuberculose.

Citons enfin le remarquable mémoire de M. le professeur Brouardel qui rapporte 79 cas de carie tuberculeuse du rocher. Sur ces 79 malades, 15 sont morts phthisiques ; les uns étaient des phthisiques avérés ; chez les autres on a trouvé à l'autopsie des tubercules dans les poumons. Il est à se demander si un curage parfait de la carie osseuse n'eut pu éviter chez ces 15 individus la tuberculose pulmonaire en empêchant la diffusion du bacille dans l'organisme ?

C'est pourquoi, nous concluerons avec M. Nélaton en disant : Il faut opérer toutes les fois que la lésion viscérale ne domine point la scène pathologique, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe pas de lésions pulmonaires assez avancées pour que le trauma provoqué par l'opération puisse devenir nuisible.

D'autres procédés chirurgicaux ont bien leur valeur. Quand le poumon est très malade, nous croyons qu'il est bon de recourir aux injections d'éther iodoformé, après ponction et évacuation du pus contenu dans la poche. Verchère, Reclus, recommandent cette méthode ; et l'on peut remarquer dans ce travail quel excellent résultat M. Gilbert a obtenu sur le malade de l'observation IV, puisque après deux injections d'éther iodoformé, l'adénopathie cervicale a totalement disparu. M. Perrier a abandonné l'éther iodoformé pour le naphtol camphré. Pour lui, l'éther iodoformé a de grands inconvénients, parce que ce liquide injecté près des régions chaudes possède une force d'expansion si grande qu'il peut faire éclater le tissu cellulaire et amener par la suite une gangrène des tissus.

La méthode des injections interstitielles vient d'être remise en valeur par les récents travaux de M. le professeur Lannelongue. Winiwarter, en 1875, dans son travail sur le lymphome malin et le lympho-sarcome, avait déjà agité la question et présentait quelques résultats. Il attribuait la gloire de cette découverte à son pays, oubliant malheureusement pour la vérité de citer les remarquables travaux sur une méthode dont Luton (de Reims) avait eu l'idée dès 1863. La méthode inflammative, substitutive de Luton qui n'est plus maintenant qu'une méthode antiseptique, consiste à porter directement dans le tissu même du ganglion des substances soit caustiques, soit antiseptiques, qui ont pour but d'amener ou la résolution, ou la suppuration du ganglion, ou bien encore de l'entourer, comme le fait actuellement M. Lannelongue d'une coque de sclérose qui enkyste la tumeur. Nous ne voulons pas insister sur le manuel opératoire ni sur la valeur des divers liquides injectés : Teinture d'iode, acide iodique, nitrate d'argent, eau salée, alcool, chlorure de zinc, cuivre, etc... etc... Cette étude n'a qu'un rapport très éloigné avec notre travail.

Le traitement général doit jouer un grand rôle et malheureusement on le néglige souvent. Une médication interne doit être soigneusement établie, évitant surtout de fatiguer l'estomac ; l'huile de foie de morue, les fortifiants doivent être administrés ; il faut surveiller l'alimentation et la rendre aussi substantielle que possible.

Enfin le climat sous lequel vit le tuberculeux joue un grand rôle dans l'évolution de sa maladie. Ransome admet que, indépendamment de la virulence plus ou moins grande de la tuberculose, certaines conditions climatiques, la

sécheresse, la lumière, le grand air atténuent la force vitale et reproductive du bacille. En effet, pour vérifier les assertions de Candler et de Koch, il a pris des crachats de tuberculeux, et les a exposés pendant cinq semaines, les uns au grand air à Bowdon, endroit sec, aéré, ensoleillé ; les autres à l'obscurité, dans une maison humide de Manchester. Puis il inocula des lapins avec ces mêmes crachats : les 4 lapins injectés avec les crachats exposés à l'air et au soleil restèrent indemnes ; ce fut le contraire avec 4 autres lapins qui avaient subi les inoculations de crachats tenus à l'obscurité et à l'humidité. Il obtint aussi un résultat positif pour un lapin inoculé avec des crachats exposés à la lumière mais dans un endroit humide.

Ces expériences ont besoin d'être contrôlées ; elles semblent pourtant indiquer que concurremment aux idées des pathologistes Français la vie au grand air sec, au soleil favorise la guérison de la tuberculose, et que la strume est moins fréquente et guérit plus vite à l'air libre des champs que dans les habitations humides et obscures des villes.

CHAPITRE X

Conclusions.

De l'étude que nous venons de faire sur l'adénopathie cervicale tuberculeuse considérée dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire, nous tirons les conclusions suivantes :

I. — La scrofule du cou et la phtisie pulmonaire ne sont que deux manifestations différentes d'une même maladie, la tuberculose.

II. — Il arrive que ces deux manifestations vivent parfois indépendantes ; mais la plupart du temps, elles offrent des rapports de cause à effet, c'est-à-dire que l'affection peut, partant des poumons, aller gagner les ganglions du cou en suivant la chaîne trachéo-bronchique et réciproquement descendre du cou jusque dans les poumons.

III. — Le médecin, lorsqu'il constate une adénopathie cervicale doit toujours craindre la tuberculose pulmonaire, et ne pas négliger de prêter attention aux phénomènes qui se passent dans les poumons.

IV. — Quand la lésion viscérale n'est pas trop accusée, le chirurgien, s'il est sûr de pouvoir enlever toute la tu-

meur cervicale, peut en pratiquer l'ablation. Sinon, il faudra avoir recours à une simple ponction de la glande et à des injections d'éther iodoformé, ou de naphtol camphré.

Un traitement général reconstituant devra accompagner le traitement chirurgical.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Arloing.** — *Essai sur la différenciation expérimentale de la scrofulose et de la tuberculose humaine.*
- Barié.** — Tumeurs multiples sous-cutanées de la face, du corps thyroïde du tronc et des membres chez un phthisique (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 juin 1887).
- Bollinger.** — *Ueber Impf-und* (Zurich).
- Barbier.** — Des portes d'entrée de la tuberculose (*Gazette médicale*, Paris, 1888).
- Birch-Hirschfeld.** — (*Vien. med. Blätter*).
- Baumgarten.** — *Zeitschrift G. clinische medic.*, 1885.
- Baréty.** — Thèse Paris.
- Bazin.** — *Leçons sur la scrofulose.*
- Bergeron.** — Thèse agrégation chirurgie, 1872.
- Brouardel.** — *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme.* Thèse 1865.
- Des lésions du rocher et de l'apophyse mastoïde (*Bull. Société anatomique*, 1866).
- Casse.** — La scrofulose et la tuberculose (*La clinique*, 7 avril 1887).
- Cornet.** — De la propagation du bacille tuberculeux dans l'organisme (*Zeit. f. Hygiene*, V).
- Tuméfactions ganglionnaires tuberculeuses par inhalations de bacilles tuberculeux chez le chien (*18^e Congrès de chir. allem.*)
- Caryophyllis.** — Tub. à début pulmonaire et à forme apoplectique, propagation au larynx, au pharynx, aux amygdales, aux ganglions carotidiens (*Soc. anat.*, juillet 1889).
- Colin.** — *C.-R. Académie des sciences*, 1885.
- Cornil.** — Bacille de la tuberculose et agent de la suppuration. *Congrès de la tub.* Gazette des hôpitaux, 1^{er} août 1891.
- Clavelin.** — *Tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte* (Thèse Paris, 1884).
- Cornil et Ranvier.** — *Manuel d'anatomie pathologique.*

- Colin.** — *Bulletin Académie de médecine*, 67.
- Cornil et Babes.** — *Les bactéries*, 11.
- De Renzi.** — Sur l'identité de la scrofule et de la tuberculose (*Riv. clin. e. terap.*, n° 4, 1887).
- Duplay.** — Tub. ganglionnaire et lymphadénome (*Rev. générale de clinique*, n° 49, p. 777).
- Derville.** — Thèse Paris, 1886.
- Dubar.** — Thèse Paris, 1881.
- Eva.** — (*Brit. med. j.*, p. 994, novembre 1887).
- Flick.** — Le mode de pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme (*Times and Register*, 1889).
- Fournier.** — *Cliniques de St-Louis*.
- Grancher.** — *Dict. encyclopédique*, art. : phthisie.
— art. : scrofule.
- Gillette.** — *Dict. encyclopédique*, article cou.
- Grancher.** — Lymphatiques du poumon (*Société biologie*, 1877).
- Gilbert et Roger.** — *Société biologie*, 25 juillet 1891.
- Hering.** — *Histologische und experimentelle studien über die tuberculose*.
- Hanot.** — Tuberculose, *Dict. de médecine et chirurgie pratiques*.
- Hanot et Gilbert.** — Cirrhose tuberculeuse expérimentale, *Soc. biologie*, 90.
- Hanot.** — Thèse agrégation, 1883.
- Hervouet.** — Thèse Paris, 1877.
- Leser.** — *Fortschritte der medicin*, 1887.
- Laplace.** — Ulcération tub. de la peau et des ganglions (*Med. News*, 11 juillet 1891).
- Luton.** — *Traité des injections sous-cutanées à effet local*.
- Ledentu.** — *Progrès médical*, 1881.
- Ledentu et Longuet.** — Art. lymphatique (*Dict. pratique des sciences médicales*, 1875).
- Laënnec.** — *Traité de l'auscultation médicale*, 1837.
- Lépine.** — *Archives physiologie*, 70.
- Louis.** — *Recherches sur la phthisie*.
- Lejars.** — Lymphangite tuberculeuse (1^{er} Congrès tub.).
- Lugol.** — *Des maladies scrofuleuses*.
- H. Martin et Landouzy.** — *Revue de médecine*, 1887.

- Hip. Martin.** — La tuberculose et la scrofule (*Rev. mens. de méd. et chir.*, avril 1882).
- Nélaton** (Charles). — *Le tubercule dans les affections chirurgicales* (Thèse agrégation, Paris 1883).
- Preyss.** — (*München. med. Woch.*, 1891).
- Potain.** — Article lymphatique Pathologie (*Dict. encyclopédique des Sciences médicales*, 1870).
- Parrot.** — *Soc. biol.*, 1875.
- Quinquaud.** — Thèse agrégation, 1883.
- Rilliet et Barthéz.** — *Maladies des enfants.*
- Rindfleisch.** — In Ziemssen, art. tub. (*Handbuch der pathologie*, t. XIII).
- Sappey.** — *Anatomie descriptive.*
- Sanchez Toledo.** — Thèse Paris, 1887.
- Suchard.** — Scrofule et tuberculose (*Revue médic. Suisse romande*, X, 669, novembre).
- Ransome.** — *Brit. med.* 11 avril 1891.
- Salis.** — (*Des inoculations tuberculeuses chez le lapin et le cobaye*).
Thèse Bordeaux, 1887.
- Verneuil.** — *Société chirurgie*, 1883
— *Revue mensuelle*, 1877.
- Weigert.** — Die Verbreitung des tuberkelgiftes nach dessen Eintritt dem organism. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XXI, 1884.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
